

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LES PRATIQUES PRÉVENTIVES EN HYGIÈNE DU TRAVAIL  
CHEZ LES PRÉPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES :  
L'IMPACT DE L'ENGAGEMENT AFFECTIF  
ENVERS DIFFÉRENTES CIBLES

MÉMOIRE  
PRÉSENTÉ  
COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA  
MAÎTRISE EN SCIENCES DE LA GESTION

PAR  
GENEVIÈVE ROBERT-HUOT

DÉCEMBRE 2013

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL  
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

## REMERCIEMENTS

Je souhaite d'abord remercier ma directrice de mémoire, Henriette Bilodeau, pour m'avoir impliquée dans le projet de recherche du SCFP à titre d'assistante de recherche avant même la fin de mon baccalauréat. Je souhaite souligner sa disponibilité ainsi que la patience dont elle a fait preuve tout au long de mon processus d'apprentissage.

Je remercie mes parents pour avoir guidé mes choix et pour leur appui moral et financier. Merci à ma mère pour avoir donné de son temps pour une première révision linguistique et à tante, Ginette Laliberté-Robert, pour avoir effectué la révision linguistique finale. Je suis également reconnaissante auprès d'Éric, mon partenaire de vie, qui sait que j'ai de la difficulté à faire preuve de ténacité et qui a su me tenir tête lorsque je croyais que la charge de travail devenait trop importante pour moi. Il a su rendre plus faciles les journées pénibles et encore meilleures celles qui étaient déjà bonnes.

Toute cette aventure aurait été beaucoup moins plaisante et surtout moins amusante sans le soutien de mes amies, avec qui j'ai partagé des journées d'études, des travaux d'équipe et de nombreux fou rire. Merci également à tous les professeurs du département avec qui j'ai eu la chance de collaborer, il y a ceux qui m'ont inspirés, ceux avec qui j'ai ri, ceux qui m'ont fait confiance... Sans un tel environnement de travail, je n'aurais pas été aussi certaine d'être bel et bien à ma place.

## TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES .....	vi
LISTE DES TABLEAUX.....	vii
LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES .....	viii
RÉSUMÉ .....	ix
INTRODUCTION .....	1
CHAPITRE I.....	5
BILAN DES CONNAISSANCES.....	5
1.1 Définition de l'engagement organisationnel.....	5
1.1.1 Conceptualisations de l'engagement antérieures à Meyer et Allen (1991).....	6
1.1.2 Conceptualisation de l'engagement selon Meyer et Allen (1991).....	8
1.1.3 Les dimensions de l'engagement organisationnel.....	11
1.1.4 Dimension retenue .....	20
1.2 Les cibles de l'engagement affectif.....	21
1.2.1 Pertinence d'étudier plusieurs cibles.....	21
1.2.2 L'engagement affectif ciblé envers la profession .....	25
1.2.3 L'engagement affectif ciblé envers les patients .....	33
1.2.4 Théorie associée aux cibles.....	38
1.3 L'engagement affectif et la performance.....	39
1.3.1 Les théories .....	39
1.3.2 Les études empiriques abordant l'engagement et la performance .....	41
1.4 La performance dans les établissements de santé .....	45
1.5 L'engagement et le personnel soignant .....	48
CHAPITRE II .....	54
MODÈLE THÉORIQUE.....	54
2.1. Analyses préliminaires.....	54
2.1. Modèle d'analyse.....	55
CHAPITRE III.....	58
CADRE MÉTHODOLOGIQUE .....	58
3.1. Devis et type de recherche.....	58

3.2. Population à l'étude .....	59
3.3. Collecte des données.....	61
3.4. Instrument de mesure.....	61
3.4.1. Choix et conception des échelles de mesure .....	62
3.4.2. Tests de validité et de fiabilité .....	63
3.5. Traitement et analyses des données .....	66
3.6. Respect des règles éthiques .....	66
CHAPITRE IV .....	68
RÉSULTATS.....	68
4.1. Analyses descriptives.....	68
4.1.1 Description des répondants .....	68
4.1.2. Description des variables .....	72
4.2. Analyses de corrélation.....	74
4.2.1. La méthode d'analyse .....	74
4.2.2. Les résultats de l'analyse de corrélation .....	75
4.3. Analyses de régression multiple .....	78
4.3.1. La méthode d'analyse .....	78
4.3.3. Résultats de l'analyse de régression multiple .....	79
CHAPITRE V .....	84
DISCUSSION DES RÉSULTATS.....	84
5.1. Analyses descriptives.....	85
5.2. Analyses statistiques.....	86
5.3. Contribution théorique, empirique et pratique.....	88
5.4. Limites .....	90
5.5. Pistes de recherches futures .....	91
CONCLUSION.....	93
APPENDICE A.....	95
SECTIONS PERTINENTES DU QUESTIONNAIRE .....	95
APPENDICE B .....	99
T-TEST POUR ÉCHANTILLONS DÉPENDANTS .....	99
APPENDICE C.....	100
ANALYSE DE RÉGRESSION LINÉAIRE.....	100

BIBLIOGRAPHIE..... 101

## LISTE DES FIGURES

Figure	Page
1.1 Le modèle à trois dimensions de Meyer et Allen (2002).....	10
1.2 Le modèle général de l'engagement selon Meyer et Herscovitch (2001).....	23
1.3 Modèle de performance organisationnelle.....	47
2.1. Modèle d'analyse.....	56

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
1.1 Définitions de patient et de client .....	34
1.2 Études portant sur l'engagement envers les clients .....	37
1.3 Méta-analyses abordant l'engagement et la performance.....	43
4 L'engagement affectif chez le personnel soignant .....	50
3.1 Établissements retenus et leur population.....	60
3.2 Analyse factorielle, engagement affectif .....	65
3.3 Analyse factorielle, conformité aux règles d'hygiène .....	66
4.1 Taux de réponses par établissement.....	69
4.2 Distribution des répondants pour les variables sociodémographiques .....	70
4.3 Synthèse d'indicateurs de l'emploi pour le groupe 3413 au Québec.....	72
4.4 Statistique descriptive des variables à l'étude .....	74
4.5 Analyses de corrélation.....	77
4.6 Récapitulatif des modèles .....	80
4.7 Analyse de régression multiple, conformité aux règles d'hygiène .....	81
5.1 Tableau synthèse des résultats .....	84
B.1. T-Test pour échantillons dépendants.....	99
C.1. Coefficient de l'analyse de régression linéaire .....	100

## LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

ALT	Absence d'alternative
AOC	Engagement affectif envers l'organisation
ACC	Engagement affectif envers la profession
CC	Engagement envers la profession
CNP	Classification nationale des professions
CPAS	Conseil provincial des affaires sociales
EPTC	Énoncé de politique des trois conseils : éthique de la recherche avec des êtres humains
ERV	<i>Enterococcus</i> (entérocoque) résistant à la vancomycine
ESG	École des sciences de la gestion
INs	Infections nosocomiales
OC	Engagement organisationnel
OCQ	Organisational Commitment Questionnaire
PAB	Préposé aux bénéficiaires
SAC	Sacrifices perçus
SARM	<i>Staphylococcus aureus</i> (staphylocoque doré) résistant à la méticilline
SCFP	Syndicat canadien de la fonction publique
SST	Santé et sécurité au travail
UQAM	Université du Québec à Montréal
VD	Variable dépendante
VI	Variable indépendante
VIF	Variance inflation factor

## RÉSUMÉ

Les infections nosocomiales, telles que la *C-difficile*, l'*influenza* et la SARM, représentent un problème qui touche non seulement les patients mais également les travailleurs de la santé. De telles infections peuvent être évitées si les travailleurs de la santé se conforment aux règles reconnues de bonnes pratiques relatives à l'hygiène et à la salubrité. Nous savons que les attitudes face à l'emploi, tel que l'engagement, peuvent agir comme levier dans l'adoption de certains comportements. Nous avons donc choisi de nous intéresser à l'engagement affectif envers différentes cibles, variables qui ont été étudiées chez le personnel soignant. Toutefois, aucune de ces études ne porte ni sur l'engagement chez les préposés aux bénéficiaires, ni sur l'étude spécifique de l'adoption des règles d'hygiène. Pour ces raisons, l'objectif de ce mémoire est de déterminer le rôle de l'engagement affectif envers différentes cibles, soit l'organisation, la profession et les patients, dans l'application des règles d'hygiène reconnues visant à réduire et éliminer les infections nosocomiales en établissement de santé.

Un partenariat avec le Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP) nous a permis d'opérationnaliser une vaste recherche sur le thème de la prévention des infections nosocomiales, dans laquelle s'insérait ce mémoire. Nous avons soumis un questionnaire aux 2645 PAB membres du SCFP, à l'emploi d'un établissement de santé francophone du Québec. Les questionnaires de 922 répondants ont été utilisés pour les analyses statistiques. Des analyses de régressions multiples ont été réalisées afin de déterminer l'importance de l'engagement envers l'organisation, la profession et le patient sur l'adoption des mesures d'hygiène et de salubrité conformes aux pratiques reconnues afin de prévenir les infections nosocomiales en établissement de santé.

Les résultats ont démontré que les PAB sont avant tout engagés envers la profession puis envers les patients, l'organisation arrivant en dernière position. Toutefois, l'engagement envers l'organisation s'est avéré être le meilleur levier de la conformité envers les règles d'hygiène, suivi par l'engagement envers la profession. La dernière forme d'engagement, soit envers les patients, ne s'est pas avérée être un antécédent significatif avec ce comportement. Ces résultats offrent une nouvelle avenue de réflexion à travers l'engagement quant aux moyens à développer afin de favoriser l'adoption de comportements ou de pratiques sécuritaires en matière de santé et de sécurité au travail chez les travailleurs.

Mots clés : engagement organisationnel, engagement envers la profession, engagement envers les patients, conformité aux règles d'hygiène

## INTRODUCTION

Ce mémoire s'inscrit dans le cadre d'une étude intitulée «Connaissances, pratiques et perceptions en matière de prévention de contrôle des infections acquises en milieu hospitalier chez le personnel d'entretien et préposés aux bénéficiaires (PAB)». Cette étude, menée en partenariat par le Syndicat Canadien de la Fonction Publique(SCFP), le Service aux collectivités de l'Université du Québec à Montréal (UQAM) et l'École des Sciences de la Gestion (ESG) avait pour objectif de faire le portrait de la situation de quarts de métier rarement étudiés en regard de la prévention des infections nosocomiales (INs).

Les INs réfèrent à toutes infections transmises au cours d'un séjour dans un établissement de santé. Parmi les bactéries et virus les plus connus, on retrouve la *C-Difficile*, le SARM, l'ERV, la gastroentérite et l'influenza. Les chiffres démontrent bien la gravité de ce problème. Selon une étude de 2002, au Canada, on dénombrerait 220 000 cas d'infection associés aux soins de santé par année. En moyenne, un patient sur neuf contracterait une telle infection lors d'un séjour dans un hôpital canadien. En 2003, la *C-Difficile* affectait 15,3 cas sur 10 000; un taux qui n'avait jamais été aussi élevé. Le taux de décès associé à ce problème serait dénombré autour de 8 500 à 12 000 par année. (SCFP, 2009).

Les INs représentent une problématique lourde de conséquences. En effet, les patients contractant une telle infection voient souvent leur séjour à l'hôpital se prolonger. Outre les conséquences sur la santé des individus, ces infections contribuent à l'alourdissement du système de santé. Dans le rapport d'information du SCFP (2009), on mentionne que les coûts directs associés aux INs seraient estimés à un milliard de dollars par année au Canada. Il est donc primordial de s'intéresser à ce problème, d'autant plus que plusieurs des cas peuvent être évités si les mesures de prévention adéquates sont mises en place. À cet effet, plusieurs guides de bonnes pratiques ont été publiés, tant par des organismes provinciaux que de façon locale par les établissements de santé (Groupe d'hygiène et salubrité au regard de la lutte aux infections nosocomiales, 2006 ; Le Comité canadien sur la résistance aux antibiotiques, 2007).

Les travailleurs des établissements de santé, tout comme les patients, sont à risque de contracter de telles infections. Ils sont en effet en contact, tous les jours, avec divers agents infectieux, transmissibles soit par l'air, par le simple contact avec des surfaces contaminées ou encore par les gouttelettes projetées lors d'éternuements. Afin d'éviter toutes formes de contagion, une adoption rigoureuse des mesures d'hygiène et de salubrité dans le cadre de l'exercice de leurs fonctions s'avèrent primordiales. Dans la littérature, on remarque qu'un grand intérêt a été porté sur les pratiques, les connaissances et les perceptions des médecins et des infirmières face aux pratiques d'hygiène et de salubrité (par exemple : Angelillo, Mazziotta et Nicorera, 1999 ; Pittet 2004 et Lewis et Thompson, 2009). Par contre, à notre connaissance, peu d'études ont questionné le personnel de première ligne telle que les préposés aux bénéficiaires. Or, les PAB, de par la nature de leur travail et leur proximité avec les patients, sont tout aussi exposés aux vecteurs sources des INs.

Ce constat nous a permis de dégager l'importance de s'intéresser à la conformité aux règles d'hygiène chez le personnel de première ligne. Considérant la mission ultime des établissements de santé, nous croyons que procurer des soins exempts de risque de contamination se révèle être un indice de performance pertinent. En effet, de telles pratiques permettent non seulement de garantir un soin de qualité aux patients mais également de protéger la santé des travailleurs de ces établissements de soins de santé. Nous pouvons donc affirmer que, dans le contexte hospitalier, la réalisation des bonnes pratiques dans le cadre du travail est associée à la performance de l'individu et de l'établissement de santé en matière de prévention des infections. Par ailleurs, certains auteurs ont testé le lien entre l'engagement et la qualité des soins en regard des pratiques de prévention (Al-Ahmadi, 2009 ; Teng *et al.*, 2009).

En effet, la littérature portant sur l'engagement organisationnel apporte un soutien à l'idée que la performance puisse être une conséquence de l'engagement affectif. Selon la conceptualisation de Meyer et Allen, l'engagement affectif se définit par le lien émotionnel et affectif qui lie un employé à la cible vers laquelle le sentiment d'engagement est dirigé. Plusieurs méta-analyses ont démontré l'existence d'un lien entre la performance au travail et l'engagement organisationnel (Cooper-Hakim et Viswesvaran, 2005 ; Mathieu et Zajac, 1990 ; Meyer *et al.*, 2002 ; Riketta, 2002) et l'engagement envers la profession (Cooper-Hakim et

Viswesvaran, 2005 ; Lee, Carswell et Allen, 2000). C'est ainsi que, dans le cadre de ce projet, nous avons jugé intéressant de mettre en lien les comportements de santé au travail liés aux bonnes pratiques d'hygiène et de salubrité et la littérature concernant l'engagement organisationnel.

Ce lien serait suggéré par différentes théories notamment la théorie de l'échange social et le principe de compatibilité. Selon ces théories, plus un comportement se rapproche de la cible envers qui l'engagement est dirigé, plus le lien entre ce comportement et l'engagement sera élevé. Or, le respect des règles d'hygiène est un comportement souhaitable non seulement pour l'organisation, mais également pour le patient et pour la réputation de la profession. Ainsi, l'objectif général de cette recherche est de répondre à la question suivante :

«Quel est le rôle de l'engagement envers différentes cibles, soit l'organisation, la profession et les patients, dans l'adoption des pratiques d'hygiène de base chez une population de PAB?»

Cet objectif de recherche touche non seulement le domaine de la santé et de la sécurité au travail, mais également le comportement organisationnel. Dans le but de justifier nos hypothèses, nous nous sommes concentrés sur la littérature concernant l'engagement. Cette démarche vise à démontrer l'importance d'intégrer des variables de comportement organisationnel aux modèles explicatifs de l'adhésion aux comportements sécuritaires.

Cette recherche apportera une contribution importante aux connaissances actuelles par l'étude de la cible *patient* qui, selon nous, se démarque de la cible *client*, déjà présente dans la littérature sur le comportement et plus spécifiquement sur l'engagement. En effet, très peu d'études se sont intéressées à cette cible et nous souhaitons en démontrer la pertinence. Cette étude se démarque également par l'utilisation d'une mesure de la performance qui n'a jamais été mise en lien avec l'engagement soit, l'adoption des bonnes pratiques. Finalement, elle permettra une meilleure compréhension de l'adhésion aux règles d'hygiène chez les PAB et ultimement, permettra l'élaboration d'interventions adaptées en gestion de la santé et sécurité au travail dans ce secteur.

Le premier chapitre de ce mémoire est consacré à un bilan des connaissances qui permet de définir chacun des concepts et les liens présents dans le modèle d'analyse exposé dans le second chapitre. Ce second chapitre établit également les hypothèses de recherche qui s'articulent autour de notre modèle d'analyse en lien avec notre problématique. Le troisième chapitre fait le point sur les aspects méthodologiques ayant permis de mener à bien cette étude. On y aborde notamment l'opérationnalisation de la collecte de données, ainsi que l'instrument de mesure et ses tests de fiabilité et de validité. Dans le chapitre quatre, nous exposons les résultats de nos analyses en débutant par une description de l'échantillon puis en testant nos hypothèses. Le dernier chapitre fait le point sur les résultats obtenus en lien avec la littérature et se conclut par les limites et les retombées de ce projet.

## CHAPITRE I

### BILAN DES CONNAISSANCES

L'objectif de ce chapitre consacré à un bilan des connaissances est de situer, dans la littérature, la problématique abordée dans ce mémoire. En premier lieu, une recension des écrits concernant les définitions de l'engagement organisationnel permet de positionner l'approche retenue dans ce présent ouvrage. Ensuite, un survol de la littérature abordant les deux autres cibles d'engagement, soit envers la profession et les patients, est effectué. Cette section est suivie d'une étude de la littérature concernant le lien entre l'engagement affectif et la performance. Une section concernant la performance des établissements de santé met ensuite en lumière la pertinence de retenir les comportements de conformité aux normes en prévention primaire en SST à titre d'indicateur de performance chez les PAB. Finalement, nous présenterons la pertinence de s'intéresser particulièrement à cette même population.

#### 1.1 Définition de l'engagement organisationnel

Le concept d'engagement a commencé à être utilisé dans la littérature autour des années soixante. Il était alors surtout utilisé en psychologie et sociologie, sans que ces disciplines partagent pour autant de définitions communes (Klein, Becket et Meyer, 2007). Mowday, Porter et Steers (1982) mirent en évidence deux courants divisant la littérature sur l'engagement; soit le comportemental et l'attitudinal. Plus tard, au début des années 90, Meyer et Allen (1991) mirent au point une nouvelle conceptualisation plus élargie de l'engagement organisationnel qui est aujourd'hui largement utilisée. Ainsi, un bref survol des deux courants identifiés par Mowday, Porter et Steers (1982) permet ici de situer la conceptualisation de Meyer et Allen (1991), qui sera ensuite l'objet d'une description détaillée.

Par ailleurs, nous devons souligner qu'il existe d'autres façons de classer les courants de l'engagement. En effet, Klein, Molloy et Cooper (2009) distinguent les définitions de l'engagement selon qu'elles soient confondues avec leurs antécédents ou leurs conséquences. Selon cette perspective, l'engagement pourrait être notamment défini comme étant le fruit d'un échange commun, d'une identification ou d'une congruence entre les buts et valeurs de l'organisation ou encore comme étant une source de motivation ou de désir de rester dans l'organisation. Ceci étant dit, dans ce mémoire, nous avons choisi de nous concentrer sur les courants : attitudinal et comportemental puisque c'est de ceux-ci que se sont notamment inspirés Meyer et Allen (1991).

#### 1.1.1 Conceptualisations de l'engagement antérieures à Meyer et Allen (1991)

Tel que mentionné précédemment, Mowday, Porter et Steers (1982) ont dégagé deux courants distincts suite à une étude approfondie des multiples typologies et approches concernant l'engagement. D'abord, le courant comportemental regroupe les études définissant l'engagement comme un lien qui se traduit en comportement. Les expressions : « *someone becoming bound by his actions* » ou « *behavior that exceed formal and/or normative expectations* » illustrent la vision de certains auteurs regroupés dans ce courant (Mowday, Porter et Steers, 1982, p.26). Par exemple, Becker (1960) tenta de définir l'engagement tel qu'utilisé par certains sociologues et psychologues. Les points en commun qu'il a fait ressortir étaient la notion d'un comportement persistant dans le temps, permettant l'atteinte d'un but; autrement dit, la modélisation des comportements en fonction d'un objectif qu'un individu se serait fixé. Selon Becker, cette forme d'engagement ne serait pas nécessairement consciente et serait étroitement liée au système de valeur d'une personne. Cette définition rejoint en effet le courant comportemental identifié par Mowday, Porter et Steers (1982) puisqu'il se concentre sur les comportements des individus en définissant l'engagement comme tel.

En contrepartie, le courant attitudinal, tel que défini par Mowday, Porter et Steers (1982), s'intéresse à l'identification de l'individu envers son organisation ou au lien affectif qu'il construit avec celle-ci. Selon les auteurs, l'engagement se concrétise par les attitudes suivantes (p.27) :

- « a) *A strong belief in and acceptance of the organization's goals and values*
- b) *A willingness to exert considerable effort on behalf of the organization*
- c) *A strong desire to maintain membership in the organization.* »

Ces attitudes se traduisent par un individu enclin à mettre des efforts dans des activités qui mèneront au bien-être de l'entreprise. Cette définition reprend en fait les propos de Modway, Steers et Porter (1979) au moment où ils élaboraient un instrument de mesure ciblant l'engagement en tant qu'attitude. C'est à eux qu'on doit l'Organizational Commitment Questionnaire (OCQ), utilisé pour la première fois par Porter *et al.* (1974). Cet outil de mesure était autrefois largement utilisé avant les développements proposés par Allen et Meyer (1990). En effet, dans la méta-analyse de Mathieu et Zajac (1990), près du deux tiers des 174 articles recensés entre les années 1967 et 1986 utilise l'une ou l'autre des versions du OCQ, soit la version longue ou la version courte. Alors que dans la méta-analyse de Meyer *et al.* (2002), qui recense les articles parus entre 1985 et 2000, seulement 7 échantillons sur 155 ont utilisé l'OCQ. Notons également la méta-analyse de Riketta (2002), qui se concentre sur l'engagement affectif et la performance. Dans cette dernière, l'auteur recense 65 échantillons utilisant l'OCQ contre 21 utilisant la conception de Meyer et Allen, mais les périodes de recension sont de 1975 à 2001; périodes qui couvrent les études comprises dans les méta-analyses de Mathieu et Zajac (1990) et de Meyer *et al.* (2002). Somme toute, cela démontre que la conception de Meyer et Allen a, en quelque sorte, remplacé l'OCQ, mais que les travaux de ses auteurs (Mowday, Steers et Porter, 1979 ; Porter *et al.*, 1974) restent les piliers du courant attitudinal.

Il est important de souligner que les concepteurs de l'OCQ portent une attention particulière à la différence entre l'engagement et la satisfaction au travail (Porter *et al.*, 1974). En effet, tel que défini dans le courant attitudinal, l'engagement se présente d'abord comme un attachement ciblé à l'organisation, ses buts et ses valeurs; alors que la satisfaction cible plutôt les conditions de travail et l'emploi en tant que tel. De plus, l'engagement se développe à un rythme plus lent que la satisfaction, mais serait beaucoup plus stable à travers les différentes épreuves quotidiennes. Autrement dit, l'engagement représente un concept qui varie très peu et, sur lequel des événements épisodiques ou spontanés ont peu d'impact à court terme, contrairement à la satisfaction au travail.

On peut donc retenir des travaux de Mowday, Porter et Steers (1982) la mise en lumière de deux courants de littérature distincts. Dans le premier, ce sont les comportements récurrents qui définissent une personne engagée dans une ligne d'action précise. Dans le second, l'engagement est plutôt une attitude ou une croyance dans les buts et valeurs de l'entreprise, une identification à celle-ci ainsi qu'une intention d'y rester influencerait ses comportements.

Selon ce que rapportent Mowday, Porter et Steers (1982), ces deux courants de l'engagement organisationnel sont liés par une relation circulaire. En effet, en tentant de comprendre par quel mécanisme l'engagement se développe, une recension des écrits réalisée par ces auteurs a fait ressortir la présence d'une littérature portant sur l'influence des comportements sur les attitudes, et d'un second courant portant sur l'influence des attitudes sur les comportements. Ces auteurs ont donc conclu que ces deux courants sont en fait en interrelation l'un avec l'autre. Cité tel quel par les auteurs (p.47): « *the process of commitment is characterized by the reciprocal influence of attitudes and behaviors.* »

Considérant que l'objectif de ce mémoire est de mettre en lumière l'influence d'une attitude (l'engagement) sur un comportement (l'efficacité au travail), ce courant attitudinal pourrait être approprié. Toutefois, compte tenu des avancées scientifiques au sujet de l'interdépendance des deux courants, nous choisirons plutôt un courant adapté à une telle vision. Ainsi, nous vous présenterons dans la section suivante la conceptualisation de Meyer et Allen qui a permis d'élargir la définition de l'engagement organisationnel en élaborant une conceptualisation fusionnant ces deux courants.

#### 1.1.2 Conceptualisation de l'engagement selon Meyer et Allen (1991)

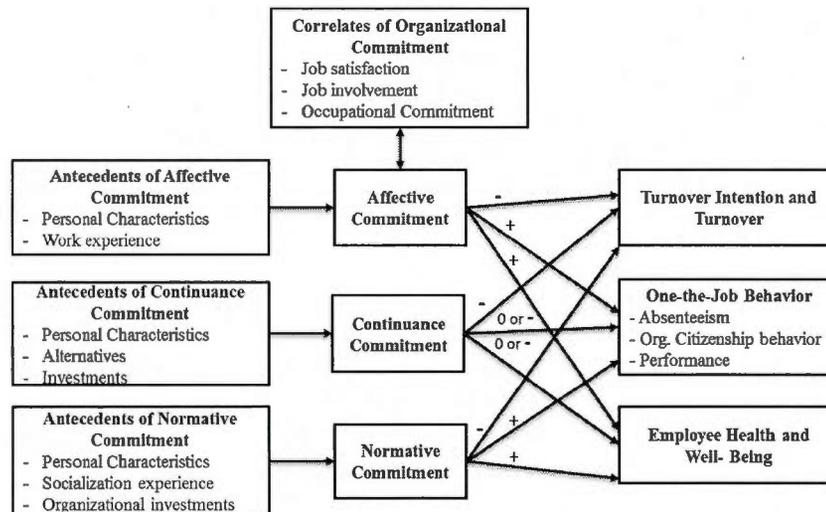
Tel que mentionné précédemment, nous retenons dans ce mémoire l'approche issue des travaux de Meyer et Allen (1991). En effet, il s'agit d'une conceptualisation qui a largement fait ses preuves dans la littérature (Allen et Meyer, 1990, 1996). À l'origine, Meyer et Allen (1991) travaillaient dans le même sens que Mowday, Porter et Steers (1982), c'est-à-dire qu'ils cherchaient à regrouper les différentes définitions ou conceptualisations de l'engagement organisationnel présentes dans la littérature. Tel que démontré dans la section précédente; la littérature était alors divisée quant à la définition de l'engagement. Les courants attitudinal et comportemental laissaient sous-entendre une dichotomie quant aux

définitions de l'engagement organisationnel. Suite à une recension des différents courants de l'engagement organisationnel, Meyer et Allen (1991) ont soulevé la présence d'un lien négatif entre l'engagement et l'intention de quitter qui semblait unanime, et ce, malgré les différences majeures subsistantes quant aux antécédents identifiés, aux autres conséquences qui en résulteraient ainsi qu'au niveau de la description de l'état psychologique de l'individu. Meyer et Allen ont donc établi une conceptualisation regroupant les thèmes les plus récurrents et intégrant les définitions du courant comportemental et du courant attitudinal.

Selon ces auteurs, l'engagement se divise en trois dimensions; soit les dimensions affective, normative et de continuité. L'engagement affectif réfère à l'attachement émotionnel que ressent l'individu envers son organisation. L'engagement de continuité se rapporte au calcul des coûts associés à un départ, soit par l'absence d'alternative ou le fait de renoncer à des sacrifices faits dans le passé pour l'organisation. Finalement, l'engagement normatif définit le sentiment de loyauté et d'obligation que ressent l'employé envers son organisation en regard des investissements que celle-ci a fait pour lui. Dans ce modèle, chacune des dimensions est en mesure de caractériser l'intention de quitter de l'individu en y apportant une signification différente.

Après avoir conceptualisé ce modèle, les auteurs l'ont testé empiriquement et ont validé leur instrument de mesure auprès de deux échantillons (Allen et Meyer, 1990). Le premier était formé de 256 employés provenant de trois organisations, soit deux usines manufacturières et une université, alors que les 250 employés du second échantillon provenaient d'un magasin de vente au détail, d'un hôpital et d'une université. Les résultats obtenus ont démontré la pertinence de distinguer les dimensions affective, normative et de continuité lorsque l'on conceptualise l'engagement organisationnel. La figure 1.1 représente la schématisation la plus récente du modèle à trois dimensions de Meyer et Allen (2002) concernant l'engagement organisationnel.

Figure 1.1 Le modèle à trois dimensions de Meyer et Allen (2002)



Note: tiré de « Affective, Continuance, and Normative Commitment to the Organization: A Meta-analysis of Antecedents, Correlates, and Consequences » par Meyer *et al.*, (2002) *Journal of Vocational Behavior* Vol.61. p.22

Ainsi, l'une des contributions de Meyer et Allen (1991) a d'abord été de décrire l'engagement comme un état psychologique plutôt qu'en matière d'attitude ou de comportement. Ceux-ci définissent cet état psychologique du fait «qu'il caractérise la relation que l'employé porte envers son organisation et que ce même état psychologique influence la décision de continuer ou non cette relation avec l'organisation (Meyer et Allen, 1991, p.67)<sup>1</sup>». Autrement dit, les dimensions affective, normative et de continuité de l'engagement décrivent de façon différente la relation de l'employé avec son organisation et chaque dimension influence négativement l'intention de quitter, mais pour des raisons différentes. Il est ainsi possible de ressentir à différents niveaux et de façons simultanées chaque dimension de l'engagement.

<sup>1</sup> Traduction libre de: *That characterizes the employee's relationship with the organizations and has implications for the decision to continue or discontinue membership in the organization.*

Plus tard, la définition de ce courant se modifia quelque peu afin de définir l'engagement en matière de concept général et non uniquement en matière d'engagement organisationnel. On parle aujourd'hui plutôt d'une «force qui pousse un individu à poursuivre une ligne d'action en lien avec une ou plusieurs cibles<sup>2</sup>» (Meyer et Herscovitch, 2001, p. 301). Tout comme la définition originale, l'engagement se véhicule à travers un état d'esprit (Meyer et Herscovitch, 2001). Cette définition est cohérente avec les développements de ce concept compte tenu qu'il est fréquent aujourd'hui d'étudier l'engagement envers différentes cibles tel qu'il le sera expliqué dans la section 1.2.

Qui plus est, tel que l'illustre la figure 1.1, chacune de ces dimensions comporte des antécédents distincts et est associée de façon différente aux mêmes conséquences. La suite de cette section servira d'ailleurs à décrire plus en profondeur chacune de ces dimensions. Ainsi, chaque dimension sera définie, puis les principaux antécédents et conséquences présents dans le modèle de Meyer et Allen (1991) seront brièvement expliqués. Cela permettra de situer les trois dimensions les unes par rapport aux autres et d'expliquer pourquoi il a été choisi de ne s'intéresser qu'à l'engagement affectif dans le cadre de ce mémoire.

### 1.1.3 Les dimensions de l'engagement organisationnel

Afin d'appuyer les définitions et pour mieux comprendre les implications des trois dimensions, nous avons répertorié dans la littérature plusieurs méta-analyses étudiant l'engagement organisationnel de façon centrale. L'analyse de celles-ci a permis de faire une synthèse des principaux antécédents et conséquences des dimensions de l'engagement organisationnel. Nous mettrons davantage d'emphase sur la description de l'engagement affectif puisqu'il s'agit de l'objet central de ce mémoire.

---

<sup>2</sup> Traduction libre de: *Commitment is a force that's binds an individual to a course of action of relevance to one or more targets.*

### L'engagement affectif

La dimension affective de l'engagement de Meyer et Allen (1991) regroupe les auteurs ayant défini l'engagement tel un attachement émotionnel et affectif aux buts et valeurs de l'organisation, une identification à celle-ci ou une implication particulière de l'employé dans l'organisation. Meyer et Allen (1991) se sont notamment inspirés des travaux de Mowday, Steers et Porter (1979) concernant l'OCQ. Rappelons que la définition de l'engagement attribuée à l'OCQ était attachée au courant attitudinal, où ce concept était défini tel un lien émotionnel supporté par une adhésion au but et valeur de l'organisation. Il est donc possible d'affirmer que les études ayant eu recours à cet instrument de mesure font partie de celles conceptualisant l'engagement sous sa dimension affective. Kanter (1968) est un autre auteur ayant inspiré Meyer et Allen pour conceptualiser l'engagement affectif. En effet, ce dernier reconnaissait trois formes d'engagement qu'il appelait l'engagement de continuité, de contrôle et de cohésion. Selon l'auteur, l'engagement de cohésion était traduit par l'attachement affectif et émotionnel à un groupe, supporté par les gratifications associées à l'implication dans ce groupe; propos repris plus tard par Meyer et Allen.

Dans le modèle original de Meyer et Allen (1991) les antécédents de l'engagement affectif se divisaient en deux thèmes : les caractéristiques personnelles et l'expérience de travail, elle-même influencée par les caractéristiques de la structure organisationnelle. Par exemple, on retrouve des variables telles que les prédispositions personnelles liées au besoin d'affiliation ou d'autonomie, le niveau de centralisation de la prise de décision au sein de l'organisation ainsi que des variables représentant le bien-être et le sentiment de compétence de l'employé tels que l'équité, la perception de soutien et la présence de défis ou d'autonomie. En ce qui a trait aux conséquences, on retrouve principalement une relation négative avec l'intention de quitter et avec certains autres comportements en emploi, tel que l'absentéisme et une relation positive avec la performance et les comportements de citoyenneté organisationnelle. En contrepartie, les études empiriques à ce sujet ont démontré quelques variations quant au modèle original tel que présenté dans ce qui suit.

D'abord, nous devons apporter une précision quant à la méta-analyse de Mathieu et Zajac (1990), utilisée dans la synthèse proposée ci-dessous concernant l'engagement affectif. Au cours des années 90, le modèle de Meyer et Allen était peu utilisé contrairement à

l'engagement attitudinal et l'OCQ. Par contre, quelques études retenues dans cette méta-analyse utilisaient des échelles associées à l'engagement calculé, soit l'équivalent aujourd'hui de l'engagement de continuité. En effet, parmi les 174 études retenues, 28 mesuraient l'engagement calculé et 14 mesuraient les deux formes simultanément. Ainsi, lorsque les résultats distingueront les deux dimensions de l'engagement, nous utiliserons en priorité ceux concernant l'engagement attitudinal. Autrement, nous utiliserons les résultats incluant simultanément les deux dimensions puisqu'une forte majorité des études échantillonnées ont eu recours à une échelle d'engagement attitudinal.

#### *Les antécédents de l'engagement affectif*

Selon Meyer *et al.* (2002), les caractéristiques démographiques et personnelles associées à l'âge, l'éducation, l'ancienneté dans l'organisation et l'ancienneté dans le poste (*position tenure*) sont toutes corrélées faiblement bien que positivement avec l'engagement affectif ( $\rho=0.15$ ,  $\rho=-0.02$ ,  $\rho=0.16$  et  $\rho=0.07$ ). La méta-analyse de Mathieu et Zajac (1990) révèle des résultats semblables pour l'engagement attitudinal ( $\rho=0.221$ ,  $\rho=-0.114$ ,  $\rho=0.153$  et  $\rho=0.152$ ). Les analyses comparatives de cette dernière étude démontrent d'ailleurs que la relation avec l'engagement attitudinal et les trois premières variables est significativement plus élevée qu'avec l'engagement calculé. La perception d'efficacité personnelle s'avère également significativement corrélée à l'engagement affectif; de façon plutôt faible dans l'étude de Meyer *et al.* (2002) mais très fortement dans l'étude de Mathieu et Zajac (1990) ( $\rho=0.11$ , et  $\rho=0.630$ ). Ceci est peut-être dû au fait que la seconde étude inclut des mesures de l'engagement calculé. Finalement, le lieu de contrôle externe a également été identifié comme un antécédent de l'engagement affectif par Meyer *et al.* (2002) en raison d'une corrélation négative significative ( $\rho=-0.29$ ).

Plusieurs études se sont également penchées sur l'impact de la culture ou du lieu géographique sur l'engagement (par exemple : Meyer *et al.* (2002). Deux récentes méta-analyses font le point spécifiquement sur cette question. D'abord, Fischer et Mansell (2009) obtiennent que l'engagement affectif est influencé par le degré d'individualisme dans le pays, la distance du pouvoir et les variables économiques; variables associées à la culture. Concernant le lieu géographique, la méta-analyse de Meyer *et al.* (2012) démontre que des différences significatives existaient entre certaines régions géographiques quant à leur niveau

d'engagement. Les valeurs et pratiques culturelles expliqueraient donc une partie de la variance de l'engagement affectif.

En ce qui concerne les antécédents associés à l'expérience de travail, une revue de littérature réalisée par Meyer (2009) a permis d'identifier les principales menaces à l'engagement lié au travail. Il s'agit d'une faible perception de support organisationnel, de justice organisationnelle, d'un mauvais *fit* organisationnel (adéquation entre les valeurs de l'individu et celle de l'organisation) et de brèche dans le contrat psychologique. Les résultats des méta-analyses de Mathieu et Zajac (1990) et de Meyer *et al.* (2002) nous permettent d'identifier certaines de ces *menaces* comme des antécédents à l'engagement affectif. Meyer *et al.* (2002) soulignent que l'engagement affectif est fortement corrélé avec le support organisationnel ( $\rho = 0.63$ ) et les justices interactionnelle, distributive et procédurale ( $\rho = 0.50$ ,  $\rho = 0.40$  et  $\rho = -0.38$ ). Le leadership transformationnel, le conflit de rôle et l'ambiguïté de rôle ( $\rho = -0.46$ ,  $\rho = -0.30$  et  $\rho = -0.39$ ) sont également jugés des antécédents importants de l'engagement affectif. Ces résultats sont supportés par les études antérieures à 1985 puisque Mathieu et Zajac obtiennent également des corrélations significatives avec les variables associées au rôle, bien qu'elles soient moins élevées. Quant au leadership des dirigeants, il était plutôt mesuré avec les notions de *Leaders initiating structure* et *Leader consideration*; variables qui, tout comme le leadership transformationnel était corrélé avec l'engagement affectif ( $\rho = -0.298$  et  $\rho = -0.335$ ).

#### *Les conséquences de l'engagement affectif*

Tel qu'illustré dans la figure 1.1., les principales conséquences de l'engagement affectif organisationnel sont l'intention de quitter et les comportements en emploi tel que l'absentéisme, les comportements de citoyenneté organisationnelle et la performance ainsi que la santé et le bien-être au travail. Cette dernière variable n'a été ajoutée que plus récemment au modèle d'origine de Meyer et Allen (1991).

Bien que les départs (*turnover*) ne soient que modérément corrélés à l'engagement (Cooper-Hakim et Viswesvaran, 2005 ; Mathieu et Zajac, 1990 ; Meyer *et al.*, 2002 ; Tett et Meyer, 1993), les cognitions associées à l'intention de quitter, elles, sont fortement corrélées avec l'engagement. On retrouve en effet des niveaux de corrélation de -0.56 dans l'étude de Meyer

*et al.*, (2002), de -0.55 dans la méta-analyse de Tett et Meyer (1993) et de -0.520 dans la méta-analyse de Mathieu et Zajac (1990) entre l'intention de quitter et l'engagement affectif (attitudinal dans le cas de Mathieu et Zajac). Dans cette dernière étude, on remarque une différence significative dans la relation entre l'intention de quitter et l'engagement attitudinal et l'engagement calculé, le premier étant bien plus corrélé que le second.

Afin de mieux expliquer le lien entre l'engagement et ses conséquences, tel que l'intention de quitter, plusieurs études se sont également intéressées aux variables modératrices présentes dans ces relations. Ainsi, Fischer et Mansell (2009) soutiennent que la culture est un élément modérateur dans la relation entre l'engagement affectif et l'intention de quitter. Il a été trouvé que cette relation était plus forte dans les contextes orientés vers l'individualisme en parallèle à ceux orientés vers le collectivisme.

D'autres variables présentes dans le modèle original de Meyer et Allen (1991) ont été testées dans les méta-analyses. Par exemple, la relation entre l'engagement affectif et l'absentéisme a été confirmée, bien qu'elle soit modérée (Mathieu et Zajac, 1990 ; Meyer *et al.*, 2002). Une relation similaire a été mise en lumière en ce qui concerne le stress et les conflits familiaux dans l'étude de Meyer *et al.* (2002).

Cohen (1991) a procédé à une méta-analyse afin de déterminer si le stade dans la carrière, mesuré soit par l'âge de l'individu, soit par son ancienneté, influençait la relation avec les différentes conséquences de l'engagement nommées précédemment. Ces analyses confirmèrent que la relation entre l'engagement affectif et l'intention de quitter et de rester était plus forte pour les plus jeunes personnes. En contrepartie, le stade de carrière mesuré par l'ancienneté, serait une variable modératrice de la relation entre l'engagement et la performance ainsi que l'absentéisme.

La méta-analyse de Cohen et Hudecek (1993) révèle que plusieurs études prenaient en compte la catégorie d'emploi. Les auteurs découvrirent un effet modérateur de la catégorie d'emploi sur le lien négatif entre l'engagement organisationnel et l'intention de quitter. Ce lien serait en effet plus fort chez les individus occupant des postes de col blanc en comparaison à ceux occupant des postes de col bleu. Il n'y avait toutefois aucune différence significative selon le type de poste occupé.

En somme, selon Meyer et Allen (1991), l'engagement affectif caractérise la relation de l'employé avec son entreprise. Cette relation se définit par le fait que l'employé y reste parce qu'il le *désire*, parce qu'il ressent un attachement émotionnel positif envers elle. Les principaux antécédents de cette forme d'engagement sont surtout liés à l'expérience de travail telle que la perception de justice alors que ses conséquences sont l'intention de quitter, l'absentéisme, les comportements de citoyenneté organisationnelle, la performance et le bien-être de l'individu.

#### L'engagement de continuité

Meyer et Allen (1991) soulevèrent la présence d'une autre façon de définir l'engagement; cette fois, en mettant accent sur les coûts perçus associés au fait de demeurer ou de quitter son organisation. Meyer et Allen incluent dans cette dimension les auteurs définissant l'engagement en utilisant le terme «*calculé*». Les auteurs donnent en exemple Becker (1960), qui adhéraient au courant comportemental tel que mentionné précédemment, et qui définissaient l'engagement comme une suite de comportements poursuivis dans le but d'atteindre un objectif précis. En effet, contrairement à d'autres auteurs du courant comportemental, ce dernier admettait que l'engagement impliquait que l'individu soit conscient des coûts associés à un arrêt desdits comportements ou ligne d'action envers l'organisation. L'individu devait pouvoir reconnaître que ce coût était significatif pour lui. Meyer et Allen (1991) précisent que cet engagement serait poursuivi dans le but de ne pas perdre quelque chose d'important pour l'individu, tel qu'un avantage lié au travail comme la notoriété ou un bon salaire. En plus d'inspirer l'engagement affectif, Kanter (1968) est l'un des auteurs dont les propos ont aussi été mis à profit pour conceptualiser l'engagement de continuité. Parmi les trois formes d'engagement identifiées par l'auteur, on retrouvait l'engagement de continuité qui était supporté par les sacrifices associés à un départ et les investissements pouvant être profitables en restant au sein de l'entreprise.

Tel que l'illustre la figure 1.1., Meyer et Allen (1990) considèrent alors la perception d'une absence d'alternative et les investissements, en nombre et en intensité (*sides bets*), comme étant les principales bases de cette dimension. Tout comme l'engagement affectif, l'engagement de continuité serait lié négativement à l'intention de quitter. Selon le modèle de

Meyer et Allen (1991), l'engagement de continuité serait moins lié à des variables de performance que l'engagement affectif. En effet, une personne motivée à maintenir son lien d'emploi simplement en raison d'un manque d'alternative ne doit pas s'investir autant dans son travail qu'un individu ayant un fort niveau d'engagement affectif envers son organisation.

Plus récemment, Meyer *et al.* (2002) ont produit une méta-analyse des résultats des études produites, tel que mentionné précédemment, entre les années 1985 et 2000. On y confirme notamment un lien modéré avec la présence d'alternatives, mais surtout en matière de transférabilité de la scolarité ou des aptitudes (Alternative :  $\rho = -0.21$ ; Transferability of education :  $\rho = -0.22$ ; Transferability of skill :  $\rho = -0.31$ ). Bien que modéré, l'hypothèse voulant que ce lien soit plus fort avec cette dimension de l'engagement plutôt qu'avec les deux autres a été confirmée. En ce qui a trait aux investissements effectués, l'hypothèse, voulant que l'engagement de continuité soit fortement associé à cette variable, a été confirmée, toutefois il s'agit en fait de la dimension du modèle la moins corrélée avec cette variable (affective :  $\rho = 0.24$ ; normative :  $\rho = 0.21$ ; continuité :  $\rho = 0.01$ ).

En ce qui concerne les conséquences, cette même méta-analyse a révélé que l'intention de quitter (*withdrawal cognition*) serait bel et bien corrélée significativement avec l'engagement de continuité, mais surtout pour les non-habitants de l'Amérique du Nord (overall :  $\rho = -0.18$ ; outside north America :  $\rho = -0.28$ ). Une autre hypothèse de Meyer et Allen (1991) a été confirmée dans cette même méta-analyse. En effet, le lien entre la performance (*overall job performance*) et l'engagement affectif s'est avéré modéré alors qu'il était faible avec l'engagement de continuité ( $\rho = 0.16$  vs  $\rho = -0.07$ ). Meyer et Allen (1991) expliquent ce phénomène par un désir réel de contribuer à l'organisation générée par l'engagement affectif, contrairement à l'engagement de continuité.

Somme toute, la relation escomptée entre certains antécédents et l'engagement de continuité reste mitigée. Certains auteurs (par exemple : (Bentein, Stinglhamber et Vandenberghe, 2000 ; Meyer, Allen et Gellatly, 1990 ; Stinglhamber, Bentein et Vandenberghe, 2002) ont étudié plus en profondeur l'instrument de mesure conçu par Allen et Meyer (1990) et ont réalisé que cette dimension se divisait en deux sous-dimensions; soit les sacrifices perçus (SAC) et l'absence d'alternative perçue (ALT). Au contraire de Meyer et Allen (1991) ceux-ci ne

considèrent pas ces variables comme les bases d'une même dimension, mais plutôt comme deux sous-dimensions distinctes, ayant des antécédents et des conséquences différentes. Ainsi, la sous-dimension SAC se caractérise par des facteurs personnels. Cela dépend en fait de ce que l'individu considère comme un sacrifice pour sa propre situation. Il est dit de cette sous-dimension qu'elle est active, puisque l'individu y joue un rôle prédominant. La seconde sous-dimension est représentée par des facteurs externes à l'individu, soit le marché de l'emploi. Contrairement au SAC, l'ALT est considérée passive puisque l'individu n'est pas un acteur pouvant influencer la présence ou non d'alternatives (Bentein, Stinglhamber et Vandenberghe, 2000).

En conclusion, cette dimension est définie par les sacrifices perçus associés à un départ ainsi que par l'absence d'alternative. Les employés qui ressentent un plus fort degré d'engagement de continuité prennent la décision de rester employés de celle-ci parce qu'ils en ont besoin et non parce qu'ils le désirent nécessairement. Cette forme d'engagement serait faiblement associée à la performance, contrairement à l'engagement affectif.

#### L'engagement normatif

Lors de leur première recherche, Meyer et Allen (1984) ont commencé par faire la distinction entre ce qu'on connaît actuellement comme étant l'engagement de continuité et l'engagement affectif. L'engagement normatif ne fut identifié que plus tard par les auteurs (Allen et Meyer, 1990 ; Meyer et Allen, 1991). Cette dimension se définit par un sentiment d'obligation chez un individu lié à l'investissement que l'entreprise lui a porté. Cela s'apparente grandement à un sentiment de loyauté, puisque l'individu ressent un devoir moral de rester au sein de l'entreprise. Avant Allen et Meyer, seulement très peu d'auteurs ont défini l'engagement sous cette couleur. Allen et Meyer (1991) ciblent plus spécifiquement les travaux de Wiener et Vardi (1980). Ces derniers décrivaient ce sentiment comme une obligation d'être loyal envers son employeur et de ne pas le critiquer. Allen et Meyer (1991) soulignent également que certains auteurs avaient découvert un lien entre les normes personnelles et les comportements des individus, dont l'intention de quitter. C'est donc surtout cette dernière relation qui permet d'inclure l'engagement normatif dans la conceptualisation à trois dimensions.

Au moment où Meyer et Allen (1991) schématisaient l'engagement normatif, très peu d'études abordaient l'engagement sous cet angle. Il a donc été plus ardu d'en déterminer les principaux antécédents et conséquences. Les propos des auteurs à ce sujet sont donc davantage basés sur des textes théoriques que sur des études empiriques. Par exemple, dans le cas du lien entre l'engagement normatif et la performance, suite à une revue de littérature, Meyer et Allen (1991) émettent l'hypothèse qu'un individu se sentant obligé de rester au sein d'une organisation se sentirait également obligé d'y contribuer. À cette époque, une seule étude a permis aux auteurs de confirmer cette hypothèse.

Plus récemment, toujours dans la méta-analyse de Meyer *et al.* (2002), on soulève que les antécédents de l'engagement normatif ayant les degrés de corrélation les plus élevés sont la perception de soutien organisationnel ( $\rho=0.47$ ) et les trois formes de justice organisationnelle soit la justice interactionnelle, distributive et procédurale (respectivement  $\rho=0,52; 0,31; 0,31$ ). Quant aux conséquences analysées par cette même méta-analyse, il est ressorti que l'intention de quitter était bel et bien corrélée négativement avec l'engagement normatif ( $\rho= -0.33$  (*overall withdrawal cognition*)) et que les comportements de citoyenneté organisationnelle étaient la seconde conséquence en importance de cette dimension de l'engagement ( $\rho= 0.24$ ).

De plus, les résultats de cette méta-analyse laissent entrevoir un rapprochement entre les variables d'engagement normatif et celles d'implication au travail (*job involvement*) et de satisfaction au travail. En effet, une analyse de 4 études puis de 25 études s'étant intéressées respectivement à l'implication au travail et à la satisfaction au travail a révélé un taux de corrélation moyen de 0,40 et de 0,31.

En conclusion, l'engagement normatif de Meyer et Allen (1991) se caractérise par un sentiment d'obligation et de loyauté envers son organisation. L'individu ayant un fort niveau d'engagement normatif décide de rester au sein de son entreprise, car il sent que c'est son devoir. La justice, sous toutes ses formes, est un levier efficace et, l'intention de quitter, l'implication et la satisfaction au travail en sont des conséquences importantes.

#### 1.1.4 Dimension retenue

Dans ce mémoire, pour des motifs de faisabilité, il a été nécessaire de choisir une seule dimension de l'engagement pour répondre à notre question de recherche. Celle que nous avons jugée la plus pertinente est l'engagement affectif. Ce choix repose sur le fait qu'il s'agit de la dimension ayant le plus haut niveau de corrélation avec la performance dans les études empiriques abordant le lien entre la performance et l'engagement envers différentes cibles.

Par exemple, dans l'étude de Angle et Lawson (1994), l'engagement affectif a un coefficient de corrélation avec deux facettes de la performance soit la fiabilité et l'initiative, alors que l'engagement de continuité ne présente aucun lien avec l'une ou l'autre des quatre facettes de la performance étudiées. Les auteurs concluent donc que non seulement la forme de performance mesurée peut avoir un impact sur les résultats, mais la dimension de l'engagement influence également ceux-ci. Des résultats similaires concernant la présence d'un lien significatif plus forte entre l'engagement affectif et la performance qu'avec les autres dimensions ont été obtenus par bon nombre d'auteurs, tel que le démontre la méta-analyse de Cooper-Hakim et Viswesvaran (2005). En effet, on y compare le lien entre diverses typologies, dimensions et formes d'engagement. En comparant le lien entre la performance et les trois dimensions du modèle de Meyer et Allen (1991), on obtient une relation plus élevée pour l'engagement affectif ( $\rho=0.27$ ) que pour l'engagement de continuité et l'engagement normatif ( $\rho = - 0.12$  et  $0.08$ ). Un état des connaissances exhaustif du lien entre l'engagement affectif et la performance sera fait dans la section 1.3 de ce mémoire.

Notons également que, tel que mentionné précédemment, la dimension affective de l'engagement selon Meyer et Allen (1991) s'inspire grandement de l'OCQ de Mowday, Steers et Porter (1979). Cette étroite relation entre les deux instruments de mesure nous permet de pouvoir comparer de façon justifiée des résultats d'étude obtenus à l'aide de ces deux instruments de mesure.

À la lumière de ce qui précède, il est maintenant possible de situer la conceptualisation de Meyer et Allen (1991) à travers l'évolution des différents courants d'étude de l'engagement organisationnel. Le modèle de l'engagement choisi pour ce mémoire est aujourd'hui l'un des

plus populaires et a maintes fois eu l'occasion de faire ses preuves. Maintenant que l'objet de ce mémoire est défini, nous expliquerons l'intérêt d'étudier plusieurs cibles de l'engagement puis nous dresserons un portrait des deux autres cibles sélectionnées pour ce mémoire.

## 1.2 Les cibles de l'engagement affectif

La littérature concernant l'engagement démontre qu'il est tout à fait pertinent d'étudier plusieurs cibles d'engagement à la fois. Ici, le terme *cible* désigne envers qui ou quoi l'individu ressent un sentiment d'engagement. Selon la cible à laquelle se réfère le sentiment d'engagement, cela aura des impacts différents sur les attitudes et comportements adoptés (par exemple : (Becker, 1992 ; Becker et Billings, 1993 ; Meyer, Allen et Smith, 1993 ; Meyer et Herscovitch, 2001 ; Stinglhamber, Bentein et Vandenberghe, 2002). Dans cette section, nous ferons d'abord état de la pertinence de s'intéresser à plusieurs cibles à la fois. Ensuite, nous étudierons les éléments dominants de la littérature concernant l'engagement envers la profession et l'engagement envers les patients.

### 1.2.1 Pertinence d'étudier plusieurs cibles

Bien que l'on s'intéressait déjà à l'engagement envers différentes cibles, les travaux de Reichers (1985) accentuèrent la pertinence de les étudier. Suite à ses analyses, il souleva la possibilité que certaines cibles entrent parfois en conflit. En effet, l'engagement organisationnel, sous-entend une notion d'accord avec les buts et valeurs de l'organisation. Or, Reichers (1985) souligne qu'une organisation est formée de multiples agents ne partageant pas nécessairement les mêmes buts et valeurs. Ainsi, un individu engagé envers différentes cibles peut être confronté à un conflit lorsque les objectifs et valeurs de deux cibles ne sont pas compatibles ou cohérents. Cette idée a été confirmée par Reichers (1986) qui démontra la présence de tels conflits et qui souligna l'importance d'observer plusieurs cibles dans l'étude de l'engagement. Bentein, Stinglhamber et Vandenberghe (2000) résument bien cette situation en expliquant que ces conflits peuvent être dus à des dissonances entre les valeurs préconisées par différents acteurs de l'organisation.

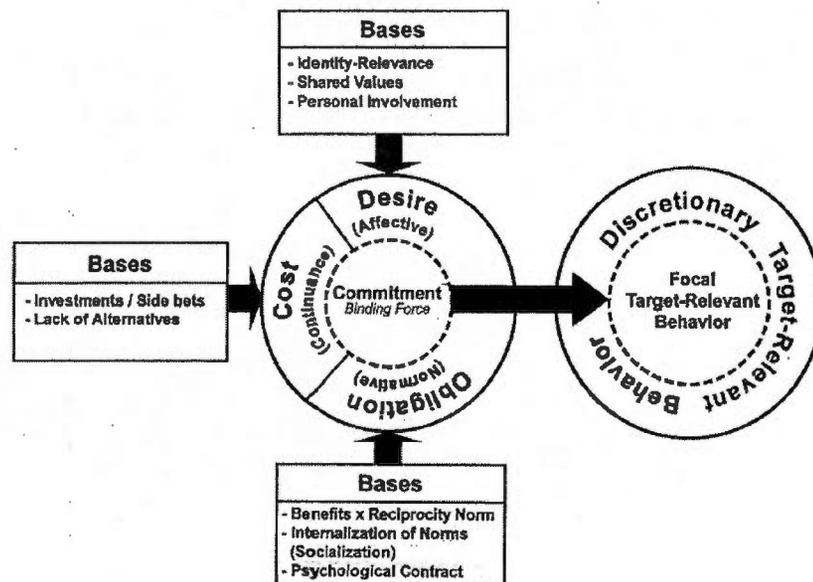
Pendant une certaine période, les cibles de l'engagement ont été étudiées de façon éclatée, comme s'il s'agissait de concepts tout à fait distincts les uns des autres. De multiples

instruments de mesure, définitions de l'engagement et cibles se répandaient dans la littérature. Morrow (1983) dénonça les redondances dans l'étude de ces concepts. En effet, une recension des écrits permit d'identifier plus de 25 concepts et mesures relatives à l'engagement.

Afin de structurer l'étude de l'engagement et de mettre en relief les conflits possibles entre les cibles, certains auteurs ont suivi une démarche multidimensionnelle en créant une matrice évaluant les différentes dimensions de l'engagement (ou bases selon certains auteurs) et mesurant la force de ces dimensions pour différentes cibles (notamment Becker 1992, Becker et Billings 1993, Meyer et Allen 1997).

Tel qu'il a été mentionné précédemment, la définition de l'engagement a été adaptée à ce phénomène d'élargissement des cibles, alors qu'avant, elle était centrée autour de l'engagement organisationnel. Les travaux de Meyer et Herscovitch (2001) font le point sur cette définition par le biais d'un modèle général de l'engagement adapté du modèle original de Meyer et Allen (1991). Ce modèle est présenté à la figure 1.2 où on peut voir que l'engagement est défini comme une force composée de trois dimensions. Ce modèle explique comment les comportements adoptés seront influencés par la cible à laquelle ils sont associés.

Figure 1.2 Le modèle général de l'engagement selon Meyer et Herscovitch (2001)



Note: tiré de « Commitment in the workplace, Toward a general model » par Meyer et Herscovitch (2001) *Human Resource Management Review* Vol.11. p.317

C'est ainsi qu'après avoir testé puis intégré l'engagement envers la profession à son modèle de l'engagement à trois dimensions (Meyer, Allen et Smith, 1993), Meyer et Allen (1997) ont proposé de créer une matrice reflétant «*the nature of the commitment an employee has toward each individual constituency of relevance to him or her*»(p.20). Les cibles les plus pertinentes sélectionnées par les auteurs dans ce texte théorique étaient l'organisation, les cadres supérieurs, le service, le chef de service, l'équipe de travail et le chef d'équipe<sup>3</sup>.

Récemment, Stinglhamber, Bentein et Vandenberghe (2002) ont testé un instrument incluant cinq cibles de l'engagement soit l'organisation, la profession, le groupe de travail, le

<sup>3</sup> Traduction libre de : , *the top management, the unit, the unit manager, the work team et the team leader*

superviseur et la clientèle auprès de différents groupes, soit 186 infirmières et 478 anciens étudiants d'une université belge gradués entre 1990 et 1996 et provenant de différents milieux (industrie chimique, secteur bancaire et assurance, recherche, consultation, informatique, secteur public, etc...). Les analyses confirmatoires ont validé la distinction entre chacune des cibles mentionnées ci-haut et chacune des dimensions proposées de l'engagement soit les dimensions affective, normative et les deux sous-dimensions de l'engagement de continuité (l'absence d'alternative et les sacrifices perdus).

Dans l'ouvrage *Commitments in Organizations*, les cibles sont classées en deux chapitres. On y présente d'abord les cibles organisationnelles (Vandenberghe, 2009), qui regroupent l'organisation, la profession ou la carrière, le syndicat, l'organisation sous-traitante et les sous-entités organisationnelles telles que les unités, les divisions ou les départements. On y expose notamment que toutes ces cibles organisationnelles ont un impact relativement élevé sur le bien-être et la congruence des valeurs. Par ailleurs, l'engagement envers l'organisation est fortement associé avec l'intention de quitter et l'absentéisme, contrairement à l'engagement envers le syndicat, qui ne le serait que faiblement. Dans le chapitre suivant, Becker (2009) aborde les cibles interpersonnelles telles que les clients, les pairs, les supérieurs, l'équipe de travail. On peut y retrouver une synthèse des relations pour chacune des cibles. Ainsi, il s'avère que la satisfaction au travail serait corrélée à plusieurs cibles d'engagement, mais plus fortement à l'engagement envers les pairs (0.46), l'équipe (0.45) et l'organisation (0.56).

Dans le cadre de ce mémoire, il a été jugé pertinent de choisir trois cibles, soit l'organisation, les patients et la profession. Celles-ci ont été choisies en raison du potentiel de conflit entre les buts et valeurs de celles-ci. En effet, il serait possible que les PAB ne perçoivent pas nécessairement un consensus quant aux attentes de son employeur, celles de sa profession et celles des patients.

Qui plus est, par souci de cohérence avec la définition retenue concernant l'engagement organisationnel, nous retenons la vision multidimensionnelle de l'engagement constitué à partir d'extension du modèle original de Meyer et Allen (1991). Cela signifie donc que la définition du concept restera la même que celle exposée dans la section sur l'engagement affectif et que ce sentiment d'attachement émotionnel sera ciblé envers l'organisation, la

profession ou les patients. Pour la suite de cette section, nous allons faire état des connaissances en ce qui concerne l'engagement envers la profession et envers les patients.

### 1.2.2 L'engagement affectif ciblé envers la profession

Dans cette section, nous commencerons par dresser un historique sommaire de l'engagement envers la profession. Cela nous permettra d'observer l'évolution de ce concept à travers les années. Après avoir fait état de la définition de l'engagement envers la profession utilisée dans ce mémoire, nous ferons un résumé de ses antécédents et conséquences ainsi que du lien qui unit cette variable et l'engagement organisationnel.

#### Historique de l'engagement envers la profession

Comme il a été mentionné, l'engagement organisationnel et l'engagement envers la profession ont longtemps été étudiés de façon indépendante, bien que ces deux concepts fassent référence à la même attitude; l'engagement. En fait, les plus anciens travaux recensés abordant ces deux concepts simultanément sont ceux de Gouldner (1957, 1958), qui, à partir de la théorie de l'identité, observa des différences significatives dans les comportements des individus selon leur niveau d'engagement envers l'organisation ou la profession. Dans ses travaux, on parle plutôt de loyauté, mais il s'agit d'un terme qui, selon nous, est comparable à l'engagement affectif tel qu'on le connaît aujourd'hui. Les deux concepts ce sont ensuite dissociés et ce n'est qu'avec le temps qu'ils ont fini par partager une même définition globale telle que vue dans la figure 1.2.

Entretemps, les conceptions, définitions et instruments de mesure de l'engagement se sont multipliés et l'engagement envers la profession n'échappa pas à ce phénomène. Les chercheurs employaient différentes terminologies et, du coup, différents instruments de mesure. Les termes tels que *professional commitment*, *occupational commitment*, *career salien* et *career orientation* étaient notamment utilisés pour définir des concepts à peu près semblables, mais mesurés de différentes façons (Blau, 1985).

Meyer (2009, p.51) soutient d'ailleurs que bien qu'à l'origine le terme *career commitment* était populaire, l'essence de ce concept était identique à l'engagement envers la profession. En effet, l'engagement envers la carrière était utilisé pour désigner une « *line of work* »<sup>4</sup>. Des auteurs plus récents ont préféré utiliser le terme *profession*; puisque la carrière pouvait porter à confusion en désignant également les avancements au sein d'une même organisation, mais dans des professions différentes. Dans ce mémoire, l'objectif est de souligner l'intérêt que porte une personne envers le travail qu'elle effectue. Pour cette raison, nous utilisons le terme «engagement envers la profession». Nous débuterons l'historique de ce concept avec les travaux de Blau (1985, 1988) même si celui-ci utilisait la terminologie d'engagement envers la carrière puisqu'il fut l'un des premiers à fusionner tous ces concepts.

C'est en réponse à une critique de Morrow (1983) concernant la redondance dans les différentes conceptualisations de l'engagement que Blau (1985) débuta ses travaux concernant l'engagement envers la carrière. Celui-ci s'inspira des travaux de Hall (1971) afin de déterminer une mesure de l'engagement envers la carrière qu'il définissait comme *the strenght of one's motivation to work in a chosen career role* (p.51). Dans ses travaux l'engagement envers la carrière était aussi défini comme «*one's attitudes towards one's profession or vocation* (p.280)». Ainsi, Blau (1985) créa une première version de son instrument de mesure, inspirée d'études concernant la *professional commitment*, *l'occupational commitment* et le *career commitment*. Cet instrument a été testé auprès de 199 infirmières dans un grand hôpital urbain. Les résultats ont démontré que l'engagement envers la carrière était un concept différent de l'engagement organisationnel et de l'implication en emploi compte tenu des liens différents qu'ont ces concepts avec les cognitions associées à l'intention de quitter sa carrière et l'intention de quitter son emploi. Par la suite, cet instrument de mesure fut amélioré et l'on en confirma la fiabilité et la validité (Blau, 1988 ; Blau, Paul et St.-John, 1993) notamment auprès de populations pour qui la notion de vocation professionnelle apparaît moins importante que pour les infirmières de l'étude précédente. La première étude était menée auprès des superviseurs de premier niveau d'un journal d'une

---

<sup>4</sup> Traduction libre : ligne de travail (p.51)

grande ville et d'employés de bureau d'une compagnie d'assurance. Dans la seconde étude, les échantillons étaient formés de 339 infirmières et de 328 étudiants au MBA à temps partiel.

Bien que la définition de Meyer et Allen (1991) de l'engagement soit quelque peu différente de celle de Blau (1985, 1988) et Blau, Paul et St.-John (1993), ces travaux ont plusieurs points en commun. En effet, Blau, Paul et St.-John (1993) divisaient l'engagement envers la profession en éléments formant une seule variable. On retrouvait l'affect (le fait d'aimer ou non), les croyances (le fait de croire qu'il s'agit d'une bonne décision) et les intentions de rester ou non dans cette profession. Or, ces trois dimensions ont en commun les notions de lien émotionnel et d'intention de maintenir le lien d'emploi qui se retrouve dans la définition de l'engagement affectif de Meyer et Allen.

L'instrument de Blau ne fut pas sans critique. Carson et Bedeian (1994) reprochaient à ce dernier une redondance entre certains items de l'engagement envers la profession et ceux de l'intention de quitter. Les auteurs émettent également des doutes quant à la validité de contenu et la validité interne puisque cet instrument provient essentiellement d'une fusion de plusieurs instruments existant déjà. Carson et Bedeian (1994) ont donc développé un modèle multidimensionnel de l'engagement envers la profession se fondant sur les travaux de London (1983, 1985) et comportant trois éléments, soit la *career identity*, le *career planning* et la *career resilience*.

Ce n'est qu'en 1993 que le modèle de Meyer et Allen (1991) fut élargi à d'autres cibles d'engagement. En effet, Meyer, Allen et Smith (1993) adaptèrent leur modèle de l'engagement organisationnel en créant une extension associée à l'engagement envers la profession, ce qui permit d'évaluer les distinctions entre les deux concepts. Les résultats confirmèrent que les variables d'engagement envers chacune des deux cibles contribuent de façon différente à certaines conséquences telles que l'intention de quitter et la performance. Ce même instrument a été validé par Irving, Coleman et Cooper (1997) auprès d'une population incluant divers types de profession, contrairement à Meyer, Allen et Smith (1993) qui n'étudiaient que des infirmières. Snape et Redman (2003) soutenaient également la validité des travaux de Meyer *et al.* (1993) après avoir testé cet instrument auprès d'un échantillon de 678 spécialistes en ressources humaines du Royaume-Uni. L'utilisation d'un

tel échantillon était d'autant plus pertinente puisque cette profession n'était que nouvellement reconnue. Ce facteur aurait pu réduire la distinction entre l'engagement organisationnel et l'engagement envers la profession, mais ce ne fut pas le cas. Finalement, cette conception fut également testée en quatre dimensions, telles qu'abordées dans la section précédente, où l'engagement de continuité est divisé en deux dimensions (Blau, 2003, 2009 ; Blau et Holladay, 2006).

Ainsi, tel qu'il a été mentionné précédemment, nous avons choisi d'utiliser la même conception de l'engagement de Meyer et Allen (1991) pour définir et mesurer l'engagement envers la profession. Maintenant que la conception de l'engagement envers la profession retenue a été située dans la littérature, nous ferons un survol des antécédents et des conséquences associés à cette variable. Notons que l'accent sera mis sur l'engagement affectif puisqu'il s'agit de la seule dimension retenue pour cette étude.

#### Principaux antécédents

Suite à une revue de littérature, Vandenberghe (2009) fait une synthèse des principaux antécédents de l'engagement envers la profession. Les variables, étant généralement reconnues pour avoir un fort lien avec l'engagement envers la profession, sont la congruence des valeurs, les caractéristiques de l'emploi, les investissements, l'absence d'alternative et les différences individuelles. Par contre, dans cette synthèse, on ne fait pas directement référence à l'engagement affectif et certaines études retenues sont antérieures à la conceptualisation de Meyer, Allen et Smith (1993). Pour davantage de précision, nous aborderons les antécédents rapportés par la méta-analyse de Lee, Carswell et Allen (2000), puis nous ferons état de travaux plus récents ayant retenus notre attention.

La méta-analyse de Lee, Carswell et Allen (2000) nous permet d'observer une analyse plus précise des antécédents et conséquences de l'engagement envers la profession. Celle-ci comprend 76 échantillons utilisant notamment les conceptualisations de l'engagement envers la profession de Blau (1985) ou l'engagement affectif envers la profession de Meyer, Allen et Smith (1993). En ce qui a trait aux antécédents, les résultats révèlent que les variables démographiques ne sont généralement pas du tout ou très peu corrélées avec l'engagement envers la profession. Bien que certains auteurs soutenaient le contraire, la méta-analyse

démontre que l'âge ( $r=0.067$ ) et l'ancienneté dans la profession ( $r= 0.088$ ) ne sont pas des déterminants importants de l'engagement envers la profession. Le revenu serait la variable démographique la plus corrélée, bien que cela ne représente qu'un faible déterminant ( $r=0.156$ ). Les auteurs expliqueraient cette relation en raison d'une augmentation de l'estime de soi par le salaire tel que proposé par Mathieu et Zajac (1990). Selon eux une augmentation du revenu engendrerait une augmentation de l'estime de soi, qui aurait un effet positif sur l'engagement envers la profession ou l'organisation.

Dans cette même méta-analyse, plusieurs variables associées à l'expérience de travail sont liées de façon modérée à l'engagement envers la profession. Les variables les plus fortement corrélées sont l'ambiguïté de rôle ( $r=-0,321$ ), le support des collègues ( $r=0,340$ ), le stress ( $r=-0,280$ ) et l'autonomie ( $r=0,277$ ). Bien que ces variables ne soient pas spécifiquement identifiées comme des antécédents ou des conséquences, les résultats démontrent un lien relativement fort entre l'engagement envers la profession et certaines attitudes. C'est le cas notamment pour l'implication en emploi ( $r=0,518$ ), la satisfaction globale liée à l'emploi( $r=0,435$ ), la satisfaction envers la carrière ( $r=0,444$ ) et l'épuisement émotionnel ( $r=0,435$ ). Ces résultats surprennent l'auteur, qui s'attendait à ce que l'engagement envers la profession soit plus corrélé avec l'éthique de travail qu'avec les autres variables associées à l'emploi. Or, cette hypothèse, inspirée par les travaux de Morrow (1993), n'est pas confirmée par cette méta-analyse.

Les travaux de McAulaya, Zeitz et Blau (2006), Simola (2011) et Weng et McElroy (2012) ont également retenu notre attention pour leur récente contribution à la littérature concernant les antécédents de l'engagement envers la profession. En lien avec les changements dans le monde du travail et la diminution de la sécurité d'emploi pour beaucoup de travailleurs, McAulaya, Zeitz et Blau (2006) ont découvert que l'insécurité en emploi pouvait amener indirectement une diminution de l'engagement affectif envers la profession et que la professionnalisation des métiers était positivement liée à l'engagement affectif envers la profession.

Simola (2011) a évalué la relation entre certaines caractéristiques des organisations et l'engagement envers la profession de 132 diplômés en gestion occupant un premier emploi.

L'auteur met en lumière l'importance d'offrir des opportunités de développement de carrière pour assurer le développement de l'engagement affectif envers la profession.

Finalement, les travaux de Weng et McElroy (2012) ont confirmé l'hypothèse qu'il existe un lien entre l'évolution de la carrière au sein d'une organisation et l'engagement affectif envers la profession. Pour ce faire, ils ont divisé la progression de la carrière en trois facettes soit : la progression des objectifs de carrière, le développement des compétences professionnelles et l'augmentation de la rémunération. Leurs résultats ont démontré que chacune de ces facettes contribue au développement de l'engagement envers la profession. Ces travaux consolident les contributions des deux études abordées précédemment. En effet, certains de ces facteurs pourraient contribuer à la perception de professionnalisation de l'emploi, telle que vue dans l'étude de McAulaya, Zeitz et Blau (2006). Ces résultats vont aussi dans le même sens que l'étude de Simola (2011) en ce qui concerne l'importance d'offrir des opportunités de développement personnel.

À la lumière de ce tour d'horizon des antécédents de l'engagement envers la profession, nous pouvons estimer que les PAB sont susceptibles d'être engagés envers leur profession notamment en raison de leur rôle bien défini. Par contre, certains facteurs tels que le stress et l'épuisement au travail pourraient diminuer l'engagement envers la profession, puisque cette profession est reconnue pour avoir son lot de tâches exigeantes dans un milieu de travail difficile et peu rémunéré (salaire médian en 2005 de 18,00\$ et 19,99\$ par heure) (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, 2011).

#### Principales conséquences

Dans sa synthèse concernant les cibles de l'engagement, Vandenberghe (2009) rapporte que les départs de l'organisation, l'absentéisme, la performance (globale de l'individu et du service), les comportements déviants en milieu de travail et le bien-être seraient tous liés à l'engagement envers la profession. Encore une fois, nous chercherons plus de précision à ce sujet à travers la méta-analyse de Lee, Carswell et Allen (2000) puis nous ferons état de récents travaux à ce sujet.

La méta-analyse de Lee, Carswell et Allen (2000) analyse quelques conséquences de l'engagement affectif envers la profession. Parmi celles-ci, l'intention de quitter la profession est la conséquence la plus fortement associée à cette variable ( $r=-0,621$ ). L'intention de quitter l'entreprise, le départ et la performance évaluée par les superviseurs ne sont que modérément corrélés avec l'engagement affectif envers la profession (respectivement  $r=-0,303$ ,  $r=-0,207$  et  $r=0,219$ ). Des analyses ont également mis en lumière l'effet modérateur d'être un professionnel ou non. En effet, l'engagement envers la profession a un effet plus important sur l'intention de quitter la profession ou l'organisation chez les professionnels que chez les non-professionnels<sup>5</sup>.

Parmi les auteurs s'étant récemment intéressés aux conséquences de l'engagement affectif envers la profession, notons les travaux de Snape et Redman (2003) Blau (2009), Weng et McElroy (2012). L'étude de Snape et Redman (2003), faite auprès de professionnels en gestion des ressources humaines, met en lumière non seulement un lien négatif entre l'engagement affectif envers la profession et l'intention de quitter, mais aussi avec l'implication dans les activités professionnelles.

De son côté, Blau (2009) poursuivait l'objectif de déterminer s'il valait mieux mesurer l'engagement envers la profession en quatre dimensions plutôt qu'en trois. Cette étude a été menée auprès d'environ 2 000 professionnels en massothérapie. En plus de confirmer qu'il est préférable d'utiliser quatre dimensions, les résultats ont aussi démontré que l'engagement affectif envers la profession était fortement lié à l'intention de quitter la profession ( $r=-0,42$ ).

Finalement, les travaux de Weng et McElroy (2012), ayant abordé l'évolution de carrière, démontrent également que l'intention de quitter l'organisation serait une conséquence d'un faible engagement affectif envers la profession. En fait, cette dernière variable serait même

---

<sup>5</sup> L'auteur utilisait les critères suivants pour définir une profession: « a) avoir une expertise résultant d'un prolongement de la scolarité, b) occuper un poste ayant un niveau élevé d'autonomie c) être régi par un code d'éthique et d) avoir des normes professionnelles bien définies. (...) Des exemples de professions codées comme professionnelles seraient les comptables, les avocats, les infirmières et les médecins.» (p.803).

partiellement médiatrice dans la relation entre la croissance de la carrière et l'intention de quitter la profession.

Cette synthèse des conséquences démontre bien la pertinence de s'intéresser à l'engagement envers la profession en raison de ses nombreuses conséquences ayant un impact sur l'organisation. En effet, en plus d'être associée à l'intention de quitter son organisation et sa profession, cette attitude est également associée à la performance et à l'implication dans sa profession.

#### Lien avec l'engagement envers l'organisation

Bien qu'il ne soit pas clairement identifié comme un antécédent ou une conséquence, il est intéressant de souligner que la relation entre l'engagement envers l'organisation et l'engagement envers la profession a été l'objet de nombreux travaux.

Meyer, Allen et Smith (1993) développèrent d'ailleurs une extension de leur conceptualisation en comparant ces deux cibles. On peut y observer un lien significatif entre la dimension affective de ces deux cibles d'engagement ( $r=0,431$ ).

De plus, dans sa méta-analyse, Wallace (1993) compare les études portant sur la relation entre l'engagement organisationnel et l'engagement envers la profession. On y retrouve 25 études, parues entre 1966 et 1989 dont presque la moitié utilisait l'OCQ pour mesurer ces deux cibles d'engagement. Les résultats démontrent un lien de 0,452 entre les deux cibles d'engagement et un rôle médiateur de certaines variables telles que le degré de professionnalisation de la profession, la position hiérarchique de l'employé et la dimension d'engagement envers la profession.

Finalement, la méta-analyse de Lee, Carswell et Allen (2000) démontre des résultats similaires en obtenant une corrélation de 0,449 entre l'engagement envers la profession et l'engagement organisationnel affectif, auprès de 49 échantillons. Un lien plus fort était observé chez les travailleurs professionnels.

Pour conclure cette section, on peut retenir, au sujet de l'engagement affectif envers la profession, que dans la littérature plus récente, on recherche les actions que les entreprises

peuvent développer face à l'engagement envers la profession. Cette tendance est probablement due à l'impact de cette variable sur certaines variables organisationnelles telles que l'intention de quitter et la performance, mais également pour sa forte association avec l'engagement organisationnel (Klein, Becker et Meyer, 2009).

### 1.2.3 L'engagement affectif ciblé envers les patients

Dans cette section nous expliquerons d'abord comment nous avons choisi d'aborder l'engagement envers les patients puis nous soulignerons les études s'étant intéressées à cette cible de l'engagement.

#### La relation patient-soignant

Très peu d'études se sont intéressées à l'engagement envers les patients. En effet, dans sa recension des écrits, Becker (2009) a identifié une seule étude portant sur les patients parmi celles s'étant intéressées à l'engagement envers les clients. En fait, ce dernier dressa la liste des études tenues entre les années 1985 et 2007 abordant des cibles d'engagement interpersonnel. Parmi ces études, seulement quatre abordaient l'engagement envers les clients et une seule était faite auprès de personnel soignant. Toutefois, bien que cet auteur a défini un «patient» comme étant un «client», nous pensons que cette cible devrait être traitée à part en raison de la relation particulière entre le patient et le personnel soignant, comparativement à celle entre un client et un vendeur. Cette relation est teintée par la nature du bien ou du service transigé lié à l'état de santé du patient.

Observons d'abord la définition des termes «patient» et «client». Comme indiqué au tableau 1.1., «client» est un synonyme pour désigner une personne ayant recours au système de santé, toutefois, il n'y est pas automatiquement associé. Ce terme réfère plutôt à tous consommateurs d'un bien ou d'un service quel qu'il soit.

Tableau 1.1 Définitions de patient et de client

Dictionnaire	Définition de patient (n)	Définition de client (n)
<b>Larousse (2012)</b>	Personne soumise à un examen médical, suivant un traitement ou subissant une intervention chirurgicale Synonyme : client, malade	Personne qui reçoit d'une entreprise, contre paiement, des fournitures commerciales ou des services. Synonyme : acheteur, acquéreur, consommateur
<b>Office québécois de la langue française (2002)</b>	Personne qui a recours aux services médicaux ou paramédicaux, qu'elle soit malade ou non.	Personne physique ou morale qui achète des biens ou des services d'un fournisseur.

Le service que le patient vient chercher dans un établissement de santé est différent des autres biens ou services en raison de la nature de la demande qui est instable et imprévisible, des comportements attendus de la part du soignant, de l'imprévisibilité de la finalité du traitement et de l'impossibilité de «retourner» le bien (Arrow, 1963). La particularité qui touche spécifiquement les PAB est au niveau des comportements attendus de la part du soignant; ces derniers sont régis par un code d'éthique où le bien-être du patient se veut prioritaire et où une distance sur le plan émotionnel face au patient doit être observée afin d'être en mesure d'offrir une prestation rencontrant les attentes professionnelles. De telles conditions ne sont généralement pas présentes dans la relation vendeur-client, c'est-à-dire chez le consommateur moyen de biens et services.

Pour ces raisons, il nous apparaît important de faire preuve de retenue quant à la généralisation des études portant sur les clients. En effet, bien que nous puissions tenir compte des contributions de ces travaux, nous tenons à spécifier que les résultats de notre étude ne pourront être généralisés à l'engagement envers les clients.

### Les études empiriques

Ainsi, compte tenu qu'il existe des ressemblances entre les patients et les clients-consommateurs, nous ferons état de la littérature abordant l'engagement envers ces deux cibles. Toutefois, nous garderons une réserve quant aux résultats d'études portant sur les clients. Le tableau 1.2 présente les études abordant l'engagement envers ces cibles.

Boyle (1997) s'est intéressé à l'engagement chez le personnel de vente en soutenant qu'il existait chez ceux-ci une relation particulière avec plusieurs partenaires internes et externes à l'organisation. Il mit en évidence l'absence de lien entre l'engagement organisationnel et envers les clients, qu'il expliqua par le potentiel de conflits entre ces deux cibles. L'engagement envers les clients était associé à la satisfaction au travail, mais pas à l'intention de quitter. En contrepartie, seul l'engagement envers l'organisation et celui envers la profession se sont avérés significativement liés à l'intention de quitter ou la satisfaction au travail lors d'analyses de régression linéaire.

Sider (2001) mesura le lien entre plusieurs formes de performance et l'identification envers plusieurs cibles, soit l'organisation, les superviseurs et les clients. Les résultats ont démontré que chez des vendeurs, l'engagement envers les clients influence des types de performance qui ne sont pas récompensés par l'organisation, mais pertinents pour les clients telle que la diversification des produits vendus. En revanche, les deux autres cibles de l'engagement amènent des types de performance valorisés par l'organisation telle que le volume de ventes. Ces résultats corroborent les travaux de Reichers (1985) concernant les conflits potentiels engendrés par les buts et valeurs distincts des différentes parties prenantes d'une organisation.

Tel qu'abordé plus tôt, Stinglhamber, Bentein et Vandenberghe (2002) ont apporté une contribution au niveau de l'échelle de mesure de l'engagement de Meyer et Allen (1991) en élargissant leur instrument de mesure de l'engagement à plusieurs autres cibles. Bien que l'objectif de cet article soit orienté autour de la validation de l'instrument de mesure, on peut quand même observer par les analyses de régression que l'engagement affectif envers les patients augmente significativement l'intention de quitter chez les infirmières ( $\beta = 0,18$ ). Or, cette relation n'était pas significative pour l'engagement envers le client chez l'échantillon de

diplômés. Ces résultats démontrent bien la particularité de l'engagement envers les patients. Les auteurs expliquent qu'un fort niveau d'engagement envers les patients pourrait pousser les infirmières à adopter des pratiques n'étant pas nécessairement valorisées par l'organisation. Or, se voyant contrainte d'agir à l'encontre de leur bonne volonté en raison de facteurs organisationnels, les infirmières, davantage engagées envers les patients, développeraient alors des émotions négatives relatives à leur organisation telle que l'intention de quitter. Cet exemple illustre parfaitement la notion de conflit entre les cibles.

Dans leurs études, Vandenberghe *et al.* (2007) ont évalué le lien entre la qualité du service à la clientèle des employés dans un restaurant de restauration rapide et plusieurs attitudes dont l'engagement affectif envers les clients. Les résultats démontrèrent notamment que cette cible d'engagement avait un impact sur la performance des employés ( $\gamma = 0,08$ ), contrairement à l'engagement affectif envers l'organisation. Les auteurs expliquent cette situation par la possibilité que les buts et valeurs de l'organisation ne soient pas les mêmes que ceux des clients.

Le tableau 1.2 comprend également des études n'abordant pas l'engagement tel qu'il a préalablement été défini. Toutefois, dans l'ensemble de celles-ci, on parle d'un lien émotionnel ou d'identification entre la cible de l'engagement; ce qui rejoint la définition de la conceptualisation choisie dans ce mémoire. Millward (1995) étudia l'identification sociale et l'identité des infirmières. Il mit en lumière que les femmes ayant un statut hiérarchique plus bas étaient davantage propices à avoir une vision traditionnelle du métier d'infirmière, c'est à dire d'être davantage orientées vers le patient. En contrepartie, les autres individus avaient une vision de leur métier que l'auteur décrit comme plus contemporaine, soit orientée vers l'équipe de travail et la professionnalisation. Kirpal (2004) a obtenu des résultats similaires dans une étude qualitative où il observait le développement de l'identité professionnelle des infirmières. Parmi les conclusions de son étude, il mit notamment en lumière que l'orientation *patient* se développait avec le temps, et que les infirmières ayant le patient au cœur de leurs motivations préféraient le développement de carrière à travers des postes de même niveau hiérarchique. Ce qui nous suggère que la proximité ou l'importance du nombre de contacts dans l'exercice du travail favoriserait une orientation *patient* et par cette extension, un engagement envers les patients.

Tableau 1.2 Études portant sur l'engagement envers les clients

Études	Échantillon	Définition de l'engagement Instrument de mesure
Boyle (1997)*	109 vendeurs représentants d'une compagnie suédoise de production de chocolat, une grande compagnie du centre-ouest des États-Unis de machine de bureau et d'une grande compagnie pharmaceutique nationale des États-Unis.	Engagement attitudinal Adaptation de l'OCQ de Porter <i>et al.</i> (1974)
Sider, George et Dharwadkar (2001)*	328 vendeurs exécutifs du secteur des implants orthopédiques	Engagement attitudinal Adaptation de l'échelle <i>d'identification</i> utilisée par Becker (1996)
Stinglhamber, Bentein et Vandenberghe (2002)*	470 diplômés 186 infirmières	Conception à trois dimensions de Meyer et Allen (1991) Adaptation de l'échelle de Meyer et Herscovitch (2001)
Vandenberghe <i>et al.</i> (2007)*	133 employés de restaurant de <i>fast-food</i> belge	Conception à trois dimensions de Meyer et Allen (1991) Échelle de Stinglhamber, Bentein et Vandenberghe (2002)
Millward (1995)	208 infirmiers	Évaluation des représentations sociales de l'identité Questionnaire <i>Q-Sort</i>
Kirpal (2004)	166 infirmières d'Estonie, de la France, de l'Allemagne ou du Royaume-Uni.	Identité professionnelle Étude qualitative, entretien individuel ou de groupe

\*Les études marquées d'une étoile ont été tirées de la synthèse faite par Becker (2009)

Nous retenons de ces études que les cibles client et patient peuvent apporter des effets distincts sur les comportements des individus, probablement en raison de la proximité du contact et de la nature des services transigés entre les employés et ces derniers. De plus, les études sur l'identité ont des conclusions communes quant à l'importance des patients pour les infirmières occupant des fonctions proches de ceux-ci.

#### 1.2.4. Théorie associée aux cibles

Dans leur chapitre concernant l'engagement envers le groupe de travail et le superviseur, les auteurs Mansour, Chiniara et Bentein (2009) font une synthèse des théories pertinentes à l'étude de l'engagement envers différentes cibles. Nous retenons d'abord de leur synthèse la théorie du processus de choix. Nous aborderons d'autres théories soulevées par ces auteurs dans la section suivante.

Selon la théorie du processus de choix (Lawler, 1992), un individu a de meilleures chances d'avoir un niveau d'engagement plus élevé envers des cibles proximales à celui-ci. Cette théorie accorde ce phénomène à l'influence qu'ont les cibles sur les conditions de travail de l'individu et plus précisément sur la perception de contrôle qu'il a alors sur son travail. Ainsi, un individu accorderait la satisfaction qu'il ressent au travail aux agents proches de ce dernier puisqu'il en perçoit directement l'influence sur son travail. Cette satisfaction au travail engendrerait un niveau d'engagement affectif envers ces cibles.

En lien avec les cibles étudiées dans ce mémoire, nous pouvons présumer que la cible *patient* aura un plus haut niveau d'engagement affectif que la cible *profession* et la cible *organisation*. Bien qu'il ne s'agisse pas d'une cible ayant un contrôle ou un pouvoir direct sur les conditions de travail en tant que tel, cette cible est la plus proximale aux individus. Ainsi, un individu trouvant que le travail avec les patients est une chose agréable sera fortement engagé envers eux. En contrepartie, les cibles organisationnelle et professionnelle représentent des entités plus intangibles auxquelles l'individu peut plus difficilement attribuer directement les décisions associées quotidiennement à son travail.

Nous concluons cette section en soulignant que, comme il l'a été expliqué, chaque cible peut apporter des effets distincts sur les conséquences, et ce faisant, sur la performance des

travailleurs. Chacune des cibles choisies pour cette étude, soit l'organisation, la profession et le patient comporte des éléments particuliers. Nous retenons également de cette section le peu d'études s'étant intéressées spécifiquement à l'engagement envers les patients, bien qu'il s'agisse d'une cible susceptible d'engendrer de hauts niveaux d'engagement. Finalement, nous poursuivrons cet état des connaissances en expliquant le raisonnement derrière le lien entre l'engagement affectif et la performance.

### 1.3 L'engagement affectif et la performance

Jusqu'à maintenant, nous avons fait état de la littérature concernant les trois cibles de l'engagement choisies dans le cadre de ce mémoire. Or, la problématique de ce mémoire consiste à déterminer l'impact de chacune de ces cibles sur la performance en santé au travail. Pour ce faire, nous commencerons par étudier la relation qui lie l'engagement affectif et la performance de façon globale. Une synthèse des théories pertinentes et des études empiriques abordant le sujet nous permettront de faire le tour de la question. Nous aborderons la performance en santé au travail de façon spécifique dans la section 1.4.

#### 1.3.1 Les théories

Précédemment, nous avons abordé l'une des théories décrites par les auteurs Mansour, Chiniara et Bentein (2009). En plus d'inclure à leur synthèse des théories concernant les niveaux d'engagement envers différentes cibles, ils font également état des théories appuyant les distinctions que prend l'engagement, en termes d'antécédents et de conséquences, selon la cible étudiée. Selon nous, les théories abordées par les auteurs qui sont les plus pertinentes dans l'étude des conséquences des cibles d'engagement sont la théorie du champ de Lewin, le principe de compatibilité et la théorie de l'échange social. Dans cette section, nous ferons une synthèse de ces trois théories en retenant leur pertinence dans le cadre de l'étude du lien entre l'engagement et la performance.

#### Théorie de l'échange social

L'une des principales théories sur laquelle se base l'étude des attitudes et des comportements est la théorie de l'échange social de Blau (1964). Selon cette théorie, la confiance entre deux parties sera motivée par un échange d'éléments intangibles; contrairement à une relation de

nature économique, motivée par des échanges d'éléments tangibles. En lien avec cette théorie, les individus seront engagés envers des entités adoptant des comportements positifs à leur égard. Autrement dit, si l'organisation se montre honorable envers l'employé, ce dernier sera plus enclin à adopter les comportements attendus en raison de l'engagement organisationnel que cela engendre chez l'employé. Il s'agit d'un échange, dans le sens où, tant que l'organisation agira correctement aux yeux de l'employé, celui-ci adoptera les comportements que l'organisation attend de lui. D'ailleurs, les études empiriques soutenant que l'engagement envers une cible spécifique engendre des comportements en lien avec ces cibles apportent un soutien à cette théorie (Riketta et Dick, 2005).

Dans le cadre de cette étude, cette théorie nous indique que la performance devrait être liée à l'engagement envers chacune des cibles envers lesquelles l'individu sera engagé, puisqu'en étant engagés envers ces cibles, les PAB devraient être plus enclins à adopter les comportements attendus par ces cibles. Par ailleurs, la cible ayant la relation la plus forte pourrait nous indiquer à qui les PAB attribuent l'importance du type de performance évalué.

#### La théorie du champ de Lewin

Selon la théorie du champ de Lewin (1943), l'analyse du comportement des individus doit passer par l'analyse de leurs perceptions. En effet, ce sont ces perceptions, uniques à chaque individu, qui dicteront les comportements que ces derniers adopteront. Cette théorie mène à penser que les éléments proches des individus sont davantage en mesure d'influencer les perceptions des individus, et du même coup; leurs comportements. Pour pouvoir influencer les perceptions des individus, les éléments distaux, tels que l'organisation, doivent influencer les perceptions par le biais des éléments proximaux aux individus. Autrement, sans vecteur d'influence, les éléments distaux à l'individu ne seront pas en mesure d'influencer leur perception, et encore moins leur comportement. Selon cette théorie, l'impact sur une cible dépend aussi du comportement étudié. Mansour, Chiniara et Bentein (2009) confirment que cette théorie a été validée empiriquement à travers plusieurs études telles que celle de Bentein, Stinglhamber et Vandenberghe (2002). En résumé, cette étude fait la démonstration d'un effet médiateur de l'engagement envers le groupe de travail dans la relation entre l'engagement organisationnel et les comportements de citoyenneté organisationnelle; ce qui

confirme la théorie du champ de Lewin puisque la cible proximale fait le pont entre la performance et la cible distale.

En complément à la théorie de l'échange social, la théorie du champ de Lewin nous indique que les cibles proximales à l'individu devraient contribuer davantage à la performance que les cibles distales. En ce sens, l'engagement envers les patients devrait être un meilleur tremplin à la performance que l'engagement envers l'organisation ou la profession. Toutefois, ces deux théories permettent de nuancer que cela se produira seulement si l'individu attribue que le type de performance étudié est valorisé par le patient.

#### Le principe de compatibilité

La dernière théorie pertinente à ce mémoire est le principe de compatibilité (Ajzen et Fishbein, 1973, 1977). Cette théorie rejoint les deux précédentes du fait qu'elle aborde le lien entre une cible de l'engagement et un comportement attendu. Toutefois, le principe de compatibilité précise que le lien entre une attitude et un comportement sera défini par leur proximité sur le plan de l'action, de la cible de cette action, du contexte ainsi que du moment où celle-ci est faite. Ainsi, les études empiriques apportant un support aux théories précédentes le font du même coup pour celle-ci.

Dans notre cas, cette théorie nous confirme que nous pouvons attendre un lien plus fort entre l'engagement et la performance seulement si la cible de ces deux éléments est commune. Ainsi, ces trois théories nous donnent des lignes directrices dans l'élaboration de nos hypothèses de recherche. Nous poursuivons avec une synthèse des études empiriques abordant l'engagement et la performance, ce qui nous permettra de préciser la force du lien entre nos variables.

#### 1.3.2 Les études empiriques abordant l'engagement et la performance

Parmi les auteurs s'étant intéressés aux conséquences de l'engagement, certains d'entre eux ont mis en lumière que les cibles, dimensions et les bases de l'engagement ont un impact différent sur la performance (par exemple :Becker *et al.* (1996), Becker et Billings (1993) et Angle et Lawson (1994)). Puisqu'il s'agit de l'objet de ce mémoire, nous nous sommes intéressés essentiellement aux études ayant analysé le lien entre l'engagement affectif et la

performance pour les cibles d'intérêt de ce mémoire. Nous observerons d'abord les résultats des méta-analyses ayant observé ce lien, présenté dans le tableau 1.3., puis nous ferons une synthèse de d'autres études apportant un complément aux résultats des méta-analyses présentés.

Le tableau 1.3 présente les méta-analyses étudiant le lien entre la performance et l'engagement affectif ou attitudinal envers l'organisation ou la profession. Tel qu'il l'a été démontré, l'engagement envers le client est une cible trop peu étudiée pour qu'elle soit présente dans les méta-analyses.

À priori, on remarque que les mesures de la performance par des indicateurs objectifs sont moins susceptibles d'être influencées par l'engagement (Mathieu et Zajac, 1990 ; Riketta, 2002). Pour les autres mesures de l'engagement, les résultats diffèrent d'une méta-analyse à une autre. Toutefois, on retrouve généralement un lien modéré, qu'il s'agisse d'une auto-évaluation ou d'une évaluation par le superviseur. Il est également intéressant de constater que l'engagement organisationnel affectif ou attitudinal apporte une contribution légèrement plus grande à la performance dite extra rôle (Riketta, 2002).

La plupart de ces études concernent l'engagement envers l'organisation. En ce qui a trait à l'engagement envers la profession, à la lumière de ces résultats et en les comparant à la littérature, Lee, Carswell et Allen (2000) soutiennent que l'engagement envers la profession peut tout aussi bien prédire la performance que l'engagement envers l'organisation. Ces résultats sont supportés par Cooper-Hakim et Viswesvaran (2005) qui évaluèrent également l'engagement organisationnel et qui ont obtenu des résultats confirmant les propos de Lee, Carswell et Allen (2000).

Tableau 1.3 Méta-analyses abordant l'engagement et la performance

Méta-analyses	Échantillon	Cibles de l'engagement (principales mesures)	Mesure de la performance	Résultats
Mathieu et Zajac (1990)	k=10 N= 2 215	Engagement attitudinal et calcul organisationnel (majoritairement Porter <i>et al.</i> (1974))	Performance évaluée par autrui	$r_t=0,135$
	k=6 N=758		Indicateurs objectifs	$r_t=0,054$
Lee, Carswell et Allen (2000)	k=5 N=746	Engagement envers la profession (Blau, 1985 ; Carson et Bedeian, 1994 ; Meyer, Allen et Smith, 1993)	Évaluation par le superviseur	$r_e= 0,219$
Meyer <i>et al.</i> (2002)	k=25 N=5 938	Engagement affectif et attitudinal envers l'organisation (Meyer et Allen, 1991 ; Mowday, Steers et Porter, 1979)	Toute mesure confondue	$\rho= 0,16$
	k=10 N=3 460		Autoévaluation	$\rho= 0,12$
	k=12 N=2 026		Évaluation par le superviseur	$\rho= 0,17$
Ricketta (2002)	k= 18 n=5 801	Engagement affectif et attitudinal envers l'organisation (Meyer et Allen, 1991 ; Mowday, Steers et Porter, 1979)	Indicateurs objectifs	$r_e= 0,123$
	k=32 n=8 060		Autoévaluation	$r_e= 0,235$
	k=59 n=14 906		Évaluation par le superviseur	$r_e= 0,194$
	k=87 n=20 973		Performance intra rôle	$r_e= 0,178$
	K=42 n=10 747		Performance extra rôle	$r_e= 0,185$
Cooper-Hakim et Viswesvaran. (2005)-	k=185 n=45 354	OC (Mowday, Steers et Porter, 1979)	Job performance	$\rho= 0,17$
	k=2 n=574	Attitudinal OC (Mowday et al 1979)		$\rho= NS$
	k= 63 n= 13 933	AOC (Meyer et Allen, 1991)		$\rho= 0,27$
	k=16 n=3 226	CC (Blau 1985)		$\rho= 0,19$
	k=2 n=1 206	ACC (Blau 1988 et Meyer et al 1993)		$\rho= NS$

Bien que nous ne l'ayons pas incluse dans le tableau synthèse, la méta-analyse de Riketta 2008 attire également notre attention. Dans cette étude, l'auteur cherche à comprendre comment les attitudes influencent la performance. En plus d'apporter un support à l'hypothèse que ce sont les attitudes qui influencent la performance et non le contraire, l'engagement organisationnel s'est révélé influencer davantage la performance que ne le fait la satisfaction au travail ( $\beta = .08$  vs  $.03$ ,  $ps < .05$ ).

La méta-analyse de Riketta et Dick (2005) est également complémentaire à ces conclusions bien qu'elle aborde surtout une comparaison entre l'engagement envers l'organisation et envers le groupe de travail. Bien que le groupe de travail ne soit pas une cible que nous avons choisie d'étudier, les résultats de cette méta-analyse confirment les théories précédemment expliquées. En effet, le groupe de travail a révélé des niveaux d'engagement plus élevés, ce que les auteurs expliquent du fait qu'il s'agisse d'une cible plus proche des employés. De plus, le lien entre l'engagement et une cible en particulier et la performance était plus élevé lorsque ce type de performance touchait spécifiquement cette même cible. Par exemple, les comportements extra rôle envers l'équipe de travail étaient significativement plus élevés chez les personnes engagées envers l'équipe de travail qu'envers l'organisation.

En observant de plus près les études incluses dans ces méta-analyses, on réalise qu'il existe pratiquement autant d'échantillons que de façons de mesurer la performance. Par exemple, dans l'étude de Angle et Lawson (1994) on évalue la performance par l'initiative et le jugement, alors que dans l'étude de Bentein, Vandenberghe et Dulac (2004) on évalue plutôt les promotions des individus au sein de l'entreprise et dans l'étude de Sider, George et Dharwadkar (2001), l'indicateur de performance est associé à la vente. Cela nous indique qu'il est normal d'adapter notre mesure de la performance à l'organisation où se déroule l'étude et à la fonction de l'individu au sein de celle-ci. Ce constat démontre que dans notre étude, il est tout à fait pertinent d'adapter notre mesure de la performance au contexte particulier dans lequel travaillent les PAB. La mesure de la performance choisie sera donc exposée dans la section suivante.

Nous pouvons retenir de cette section notamment que les théories de l'échange social, du processus de choix de compatibilité soutiennent que la force du lien entre une cible d'engagement et la performance dépendra du sens que donne l'individu au comportement

attendu. Ainsi, chaque cible d'engagement peut engendrer des comportements différents et bien qu'il soit modéré, nous remarquons un lien relativement constant entre l'engagement et la performance.

#### 1.4 La performance dans les établissements de santé

Comme il a été vu, l'engagement des travailleurs peut susciter de plus hauts niveaux de performance, et ce, en fonction du type de performance évalué et de la cible d'engagement à laquelle il se rapporte. Nous avons également constaté que les études adaptaient leur mesure de la performance au type d'organisation où se situait l'étude. Afin d'évaluer la présence d'un tel lien chez les PAB nous nous sommes donc questionnés sur le type de performance qu'il serait pertinent d'utiliser. La performance dans un établissement de santé se distingue des autres organisations pour diverses raisons, notamment par la relation entre le personnel soignant et les patients, tel qu'il a déjà été exposé. Afin de définir notre variable de performance, nous avons d'abord observé quelques études empiriques s'étant intéressées aux mêmes variables pour finalement nous rattacher à un modèle théorique. Cette démarche nous a permis de choisir le type de performance le plus adéquat dans le contexte de notre étude.

Sur le plan empirique, les résultats de trois études concernant l'engagement et les déterminants de la performance du personnel soignant ont attiré notre attention. D'abord, dans leur étude, Teng *et al.* (2009) ont observé le niveau d'engagement professionnel de 348 infirmières jumelées à un patient de deux centres médicaux de Taiwan. Ils ont ensuite mesuré la performance par le biais de deux mesures; l'une d'elles était évaluée par les infirmières et l'autre par les patients. Les infirmières ont évalué le niveau de sécurité des patients, relatif notamment aux infections nosocomiales, aux chutes, aux erreurs médicales et aux délais. Quant aux patients, ils ont évalué la qualité des soins, notamment par l'empathie, l'assurance et la réactivité des infirmières. Les résultats ont démontré un lien significatif entre l'engagement et tous les indicateurs de sécurité du patient, à l'exception des infections nosocomiales. La qualité globale des soins, jugée par les patients, s'est aussi avérée significativement liée à l'engagement, tout comme la réactivité et l'empathie.

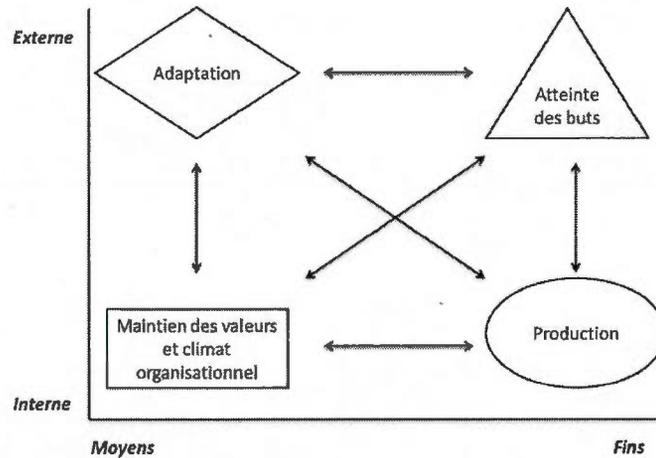
Ces résultats vont dans le même sens que ceux de Al-Ahmadi (2009) qui mena une étude auprès de 923 infirmières en Arabie Saoudite. Ce dernier évalua entre autres le lien entre

l'engagement et la performance tel que défini par le ministère de la Santé en incluant des items relatifs à la ponctualité, la qualité des relations avec les collègues et les supérieurs et la qualité du travail. L'analyse de régression a démontré que l'engagement organisationnel pouvait bel et bien être un levier de performance ( $\beta = .255$ ).

Battistelli *et al.* (2013) ont également apporté du soutien à l'influence de l'engagement sur les comportements chez le personnel soignant en questionnant 593 infirmières en Italie. Les résultats ont démontré non seulement un lien entre l'engagement affectif et l'intention de quitter l'établissement (-0.26\*\*\*) et la profession (-0.12\*), mais également avec les comportements de citoyenneté organisationnelle, soit le civisme et l'altruisme, par le biais de la motivation intrinsèque et identifiée.

Ces études empiriques démontrent bien la présence d'un lien entre l'engagement et les comportements du personnel soignant. Cela nous permet également d'observer la pluralité des mesures de la performance dans ce genre d'étude. Dans notre cas, nous avons choisi de nous baser sur le texte de Sicotte, Champagne et Contandriopoulos (1999) afin de positionner notre mesure de la performance. Ces auteurs poursuivaient le but d'établir un modèle de la mesure de la performance dans les établissements de santé qui tenait compte de la complexité de ce secteur. Pour ce faire, ils ont adapté la théorie de l'action sociale aux établissements de santé. Cette théorie définit la performance d'une organisation sous quatre dimensions, soit l'adaptation, la production, l'atteinte des buts et le maintien des valeurs et du climat organisationnel, tel que présenté dans la figure 1.3. Selon les auteurs, l'utilisation de ce modèle répond à certains enjeux de l'étude de la performance organisationnelle notamment par l'utilisation de plusieurs dimensions, dans une perspective de complémentarité.

Figure 1.3 Modèle de performance organisationnelle



Note : tiré de «La performance organisationnelle des organismes publics de santé» par Sicotte, Claude, François Champagne et André-Pierre Contandriopoulos (1999) *Ruptures, revue interdisciplinaire en santé*, vol. 6, no 1, p. 39.

Ainsi, dans les établissements de santé, l'atteinte des buts fait référence à l'amélioration de la santé de la population, par le biais d'une meilleure efficacité. Un établissement de santé doit également faire preuve d'adaptation avec son environnement externe, que ce soit en raison de changement sociodémographique ou à une pénurie de la main-d'œuvre. La dimension du maintien des valeurs et du climat organisationnel reflète les attitudes et le système de valeurs adoptés par les groupes d'acteurs internes à l'organisation. Finalement, la dimension de la production est directement liée aux méthodes de travail. Nous avons d'ailleurs choisi de nous positionner dans cette dernière dimension dans le cadre de notre étude.

En effet, en considérant que notre population à l'étude est formée de PAB, nous avons jugé pertinent de nous intéresser à un niveau de performance où ces derniers sont imputables. Selon le modèle, nous devons donc nous maintenir dans une dimension de la performance interne à l'organisation. Or, la dimension de maintien des valeurs et de climat organisationnel est une mesure relative aux relations entre l'organisation et les individus sur laquelle le PAB n'a pas vraiment d'influence directe. Il allait donc de soi que nous choisirions une mesure de la performance se situant au niveau plus technique; au niveau de la production. L'auteur propose parmi les indicateurs se rattachant à cette dimension celui de la qualité des soins

s'exprimant par exemple par le niveau de l'accessibilité, d'humanisation ou de qualité technique. En regard de la problématique ciblée en introduction, soit les infections nosocomiales, nous avons choisi de nous intéresser à la qualité technique des soins.

Pour ce faire, nous avons étudié les guides de bonnes pratiques émis par les ministères de la Santé et des Services Sociaux. Ces guides dictent la conduite à adopter afin d'assurer des soins évitant la propagation des infections nosocomiales. Ce type de performance est particulièrement aligné avec l'atteinte des buts des établissements de santé puisqu'il permet d'améliorer la santé de la population en évitant une propagation des infections.

Ainsi, comme certaines études empiriques abordées plus tôt, nous avons choisi d'utiliser un instrument de mesure reflétant la qualité des tâches effectuées, ce qui nous positionne spécifiquement dans la dimension de production. Ainsi, nous ne chevauchons pas une autre dimension, telle qu'il aurait été le cas en mesurant des résultantes de lacunes dans les techniques de travail tel que le niveau d'infection ou en mesurant les comportements de citoyenneté organisationnelle. Contrairement à ce que nous recherchons, de telles mesures se positionneraient plutôt dans la dimension de l'atteinte des buts ou de climat organisationnel.

Pour conclure cette section, rappelons que dans la littérature, les mesures de la performance varient largement. Toutefois, elle n'a jamais été évaluée en matière d'autoévaluation de la conformité aux règles d'hygiène. Or, nous avons démontré qu'il s'agit d'une forme de performance tout à fait pertinente dans ce secteur d'activité. Il sera d'autant plus intéressant d'évaluer le lien entre cette forme de performance et plusieurs cibles, puisque le comportement étudié engendre des conséquences pour plusieurs acteurs de l'organisation. Les résultats des quelques études empiriques ci-haut citées nous laissent envisager la présence d'un tel lien; à tout de moins avec l'engagement organisationnel et envers la profession; lien que nous vérifierons dans notre modèle théorique.

### 1.5 L'engagement et le personnel soignant

Dans cet état des connaissances, nous avons démontré la pertinence d'étudier l'engagement envers plusieurs cibles et son impact sur la performance en santé au travail. Nous avons abordé brièvement la pertinence d'étudier spécifiquement l'engagement envers les patients,

considérant que cette cible doit être étudiée séparément de la cible client. Tout au long de cette revue de littérature, les articles, abordant une population de personnel soignant, s'intéressaient pratiquement exclusivement aux infirmières. Or, dans cette dernière section, nous ferons la démonstration qu'étudier les PAB représente aussi une contribution importante de ce mémoire.

Comme il a été mentionné, le personnel soignant est une population souvent étudiée dans l'étude de l'engagement. Les infirmières ont d'ailleurs été l'objet d'études lors de l'élaboration du modèle de Meyer et Allen (Hackett, Bycio et Hausdorf, 1994 ; Meyer, Allen et Smith, 1993 ; Stinglhamber, Bentein et Vandenberghe, 2002). Cette population a également été étudiée afin de mieux comprendre les antécédents de l'engagement (McCabe et Garavan, 2008 ; McNeese-Smith et Nazarey, 2001), et ses conséquences tel que l'intention de quitter (Battistelli *et al.*, 2013 ; Galletta, Portoghese et Battistelli, 2011) ainsi que la performance (Al-Ahmadi, 2009 ; Teng *et al.*, 2009). Certaines études ont parlé d'engagement en utilisant plutôt les termes d'identité professionnelle ou d'orientation patient (Kirpal, 2004 ; Millward, 1995).

Le tableau suivant fait une synthèse des études s'étant intéressées à l'engagement chez le personnel soignant (en excluant les médecins). Nous remarquons que le personnel paramédical a peut-être été inclus dans l'échantillon de deux études (Caykoylu *et al.*, 2011 ; Chênevert *et al.*, 2013). Par contre, on ne précise pas la profession exacte du personnel de soutien ou technique. Il est donc possible que les PAB ne soient pas inclus dans l'échantillon de ces études. D'autant plus que les résultats des études ne sont pas agrégés en fonction des professions des répondants.

Tableau 1.4 L'engagement affectif chez le personnel soignant

Auteurs	Échantillons	Principales conclusions ou contributions
Meyer, Allen et Smith (1993)	352 puis 296 étudiantes en soins infirmiers 603 infirmières	Confirme la fiabilité de l'instrument de mesure de Meyer et Allen (1991), ainsi que la présence de plusieurs dimensions et de cibles distinctes (organisationnel et professionnel).
Hackett, Bycio et Hausdorf (1994)	2 301 infirmières 80 opérateurs d'autobus	Confirme la stabilité de l'instrument de mesure de Meyer et Allen (1991). Chez les infirmières l'engagement affectif organisationnel est la dimension la plus affectée par la motivation.
Millward (1995)	178 infirmières	Les infirmières se divisent en deux catégories; celle orientée vers les patients et celle orientée vers la carrière. Le premier groupe est davantage porté vers des postes de statuts moins élevés et à être des femmes.
McNeese-Smith et Nazarey (2001)	Entrevues avec 28 infirmières	L'engagement organisationnel est influencé par le respect des exigences familiales, les opportunités d'apprendre et la rémunération. Les conflits avec les besoins personnels et ceux des patients nuisent à l'engagement
Stinglhamber, Bentein et Vandenberghe (2002)	478 gradués universitaires 186 infirmières	Validation de l'extension de l'échelle de Meyer et Allen à plusieurs cibles et de la division de l'engagement de continuité (sacrifice perdu et absence d'alternative)
Kirpal (2004)	Entrevues auprès de 166 employés d'établissements de santé occupant diverses fonctions	Portrait et comparaison de l'identité des infirmières en France, Allemagne, Royaume-Unis et Estonie en regard de la formation, le rapport avec le travail, les relations avec autrui et l'évaluation de la situation personnelle.
Nogueras (2006)	908 infirmières	L'âge, l'expérience et l'éducation sont des déterminants de l'engagement affectif envers la profession et l'intention de quitter y est négativement liée
McCabe et Garavan (2008)	Entrevues auprès de 40 infirmières	Des variables telles que le partage des valeurs, le soutien managérial et des collègues, le soutien dans le développement professionnel contribuent à l'accroissement de l'engagement.

Al-Ahmadi (2009)	923 infirmières	L'engagement organisationnel influence la performance des infirmières (autoévaluation de critères du ministère de la santé)
Teng <i>et al.</i> (2009)	348 infirmières	L'engagement professionnel est lié à la sécurité des patients et à la perception de la qualité des soins par les patients.
Galletta, Portoghese et Battistelli (2011)	422 infirmières	L'engagement affectif organisationnel joue un rôle médiateur dans la relation entre la motivation intrinsèque, l'autonomie et l'intention de quitter.
Caykoylu <i>et al.</i> (2011)	1995: 266 infirmières; 213 paramédicaux; 305 personnels non cliniques; 1998 : 285 infirmières; 384 paramédicaux; 298 personnels non cliniques;	La satisfaction liée à l'avancement de carrière et au superviseur sont des antécédents de l'engagement organisationnel. Ces cibles de satisfaction sont médiatrices dans la relation entre plusieurs autres variables et l'engagement tel que l'employabilité, le potentiel de motivation associé à l'emploi, le leadership et la satisfaction des collègues. L'ambiguïté et les conflits de rôles sont négativement associés à l'engagement.
Battistelli <i>et al.</i> (2013)	593 infirmières	L'engagement affectif est associé négativement à l'intention de quitter l'établissement et la profession. La motivation est médiatrice dans la relation entre l'engagement et les comportements de citoyenneté organisationnelle.
Chênevert <i>et al.</i> (2013)	580 travailleurs d'un établissement de santé; infirmières, techniciens, professionnels, personnel clérical, gestionnaires, personnel de l'alimentation et de l'entretien, et personnel des services auxiliaires.	L'hypothèse voulant que l'engagement organisationnel affectif soit associé à l'absentéisme n'est pas confirmée. L'autonomie, le soutien des superviseurs et la justice procédurale sont tous des antécédents de l'engagement.
McCabe et Sambrook (2013)	Entrevues auprès de 28 infirmières et 11 infirmières gestionnaires	Les valeurs des infirmières se divisent en deux courants, soit les valeurs professionnelles et managériales. Leur contrat psychologique est basé sur les valeurs professionnelles

Ainsi, nous pouvons affirmer que les PAB n'ont jamais été étudiés dans le cadre de recherche sur l'engagement. Il s'agira donc là d'une contribution importante de ce mémoire puisque nous croyons qu'il existe des distinctions importantes entre la profession d'infirmière et celle de PAB.

En effet, les PAB sont la première ligne d'intervention auprès des patients puisqu'ils leur apportent des soins quotidiennement. Selon la description dont en fait la Classification nationale des professions (CNP, emploi 3413) (Ressources humaines et Développement des compétences Canada, 2013), les PAB ont pour rôle premier d'aider le personnel de l'hôpital tel que les infirmiers dans la prestation des soins de base requis par les patients. Par soins de base, on fait référence notamment aux fonctions suivantes :

- « répondre aux appels, fournir et vider les bassins, laver, habiller les patients et faire leur toilette; servir les plateaux de nourriture et nourrir les patients ou les aider à se nourrir ainsi qu'à choisir leur menu; peser, lever, retourner, ou positionner les patients; raser les patients avant les interventions chirurgicales; superviser les séries d'exercices effectués par les patients, organiser et proposer des activités de loisir aux patients, accompagner les patients au cours de sorties pour divertissements et s'acquitter d'autres tâches reliées aux soins et au confort des patients;
  - mesurer la tension artérielle des patients, et prendre leur température et leur pouls; rendre compte des liquides absorbés et rejetés; observer l'état des patients ou le contrôler et noter dans les dossiers des patients les soins administrés; en cas d'urgence, administrer les premiers soins; prélever des spécimens tels que l'urine, les fèces ou les expectorations; administrer des suppositoires, effectuer des irrigations du côlon et des lavements, et effectuer d'autres tâches suivant les instructions du personnel infirmier et hospitalier;
- [...]»<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> <http://www30.hrsdc.gc.ca/NOC/Francais/CNP/2006/RechercheRapide.aspx?val65=3413>

Ainsi, on retient de cette description que le PAB est non seulement responsable des soins quotidiens du patient tel que leurs toilettes, leurs repas et leurs exercices quotidiens, mais ils ont également pour responsabilité quelques actes de nature médicale sous la consigne du personnel hospitalier. Ces fonctions divergent de celles du personnel infirmier qui se concentre davantage autour d'actes médicaux tels que l'administration de médicaments et de soins, le contrôle de l'état du patient (CNP groupe 3233, Infirmiers auxiliaires/infirmières auxiliaires). Compte tenu des différences dans la fonction du métier de PAB, l'étude de l'engagement auprès de cette profession représente une contribution importante tant sur le plan empirique que managérial.

Pour conclure ce chapitre, cet état des connaissances a fait le tour de la question sur les thèmes pertinents à la problématique de ce mémoire. Nous avons en effet souligné la définition retenue de l'engagement affectif; soit un lien émotionnel qui, peu lié à un individu, a différentes cibles. Il a été démontré qu'il était important de s'intéresser à plusieurs cibles puisqu'elles n'engendrent pas toutes les mêmes attitudes ou comportements en raison de conflits dans leurs buts et valeurs respectifs. Dans le cadre de ce mémoire, nous avons jugé pertinent de nous intéresser aux cibles suivantes : l'organisation, la profession et le patient. Nous avons ensuite fait état du lien entre l'engagement affectif et la performance. En effet, plusieurs théories, dont celle de l'échange social, justifient ce lien en raison de promesses implicites qui lient deux parties. Pour terminer, nous avons démontré que les PAB forment une population n'ayant pratiquement jamais été étudiée dans le cadre d'études portant sur l'engagement et que la conformité aux règles d'hygiène se révèle être une façon pertinente de mesurer leur performance.

## CHAPITRE II

### MODÈLE THÉORIQUE

Ce chapitre a pour objectif d'établir le lien entre le bilan des connaissances précédemment exposé et l'objectif de ce mémoire qui est de déterminer le lien entre la performance en santé au travail des PAB et l'engagement entre différentes cibles. Ainsi, avec l'appui des théories expliquées dans le chapitre précédent, nous présenterons le modèle théorique utilisé pour répondre à l'objectif de ce mémoire et nous justifierons les hypothèses y étant associées.

Ayant choisi de nous intéresser uniquement à la dimension affective de l'engagement en raison de son lien plus prononcé avec la performance (Cooper-Hakim et Viswesvaran, 2005), notre variable indépendante se définit comme un attachement émotionnel aux buts et valeurs de l'organisation ainsi qu'une identification à celle-ci et une implication particulière en lien avec cette cible (Meyer et Allen, 1991).

#### 2.1. Analyses préliminaires

Dans le cadre de cette étude, nous avons jugé pertinent d'étudier plusieurs cibles d'engagement affectif. En effet, la littérature nous indique qu'une organisation regroupe plusieurs entités et qu'un individu sera engagé de façon différente envers ces entités selon son accord avec les buts et valeurs de celles-ci (Reichers, 1985, 1986). Si les buts et valeurs de certaines entités d'une même organisation ne concordent pas, il y aura ce qu'on appelle un conflit. Cela signifie qu'un niveau d'engagement élevé envers l'une des cibles peut être associé à un niveau plus faible d'engagement envers une autre cible. Ce principe nous a guidés dans l'intégration de trois cibles dans notre modèle, soit l'organisation, la profession et les patients.

Ainsi, avant de déterminer la force du lien entre l'engagement et la performance, nous souhaitons vérifier le niveau d'engagement envers chacune des cibles. Puisque les cibles

d'engagement choisies ne sont pas liées les unes aux autres, nous pouvons émettre l'hypothèse qu'elles engendreront des niveaux d'engagement significativement différents.

*H1 : Les PAB sont engagés à des niveaux significativement différents envers chacune des cibles étudiées, soit l'organisation, la profession et les patients.*

Certain auteurs ont cherché à comprendre pourquoi certaines cibles présentaient des niveaux plus élevés d'engagement que d'autres. À ce sujet, outre le principe de concordance dans les buts et valeurs de Reichers, on retrouve aussi dans la littérature la théorie du processus du choix (Lawler, 1992). Cette théorie nous indique que les cibles qui, selon l'individu, influenceront le plus directement les conditions de travail de façon positive et seront souvent celles pour lesquelles l'individu sera le plus engagé. Autrement dit, les cibles proximales ont habituellement des niveaux d'engagement plus élevés. Ainsi, parmi nos trois cibles à l'étude, nous jugeons que la cible la plus proximale est le patient et que les PAB devraient donc être davantage engagés envers ceux-ci qu'envers l'organisation ou leur profession.

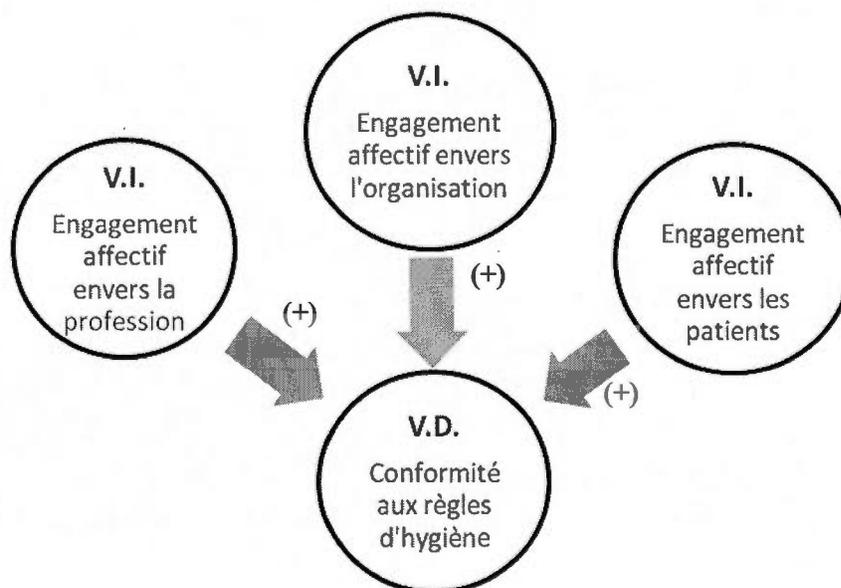
*H2 : L'engagement affectif envers les patients sera significativement plus élevé que les deux autres cibles d'engagement.*

Bien qu'elles ne soient pas directement associées à l'objectif de ce mémoire, ces analyses préliminaires nous permettront de faire un portrait des niveaux d'engagement chez les PAB et alimentera la discussion.

## 2.1. Modèle d'analyse

Tel que l'illustre la figure 2.1, dans notre modèle d'analyse, les variables indépendantes sont les niveaux d'engagement et la variable dépendante est le niveau de conformité aux règles d'hygiène.

Figure 2.1. Modèle d'analyse



Le lien entre l'engagement affectif et la performance a été confirmé dans plusieurs études, non seulement portant sur l'engagement envers l'organisation (Cooper-Hakim et Viswesvaran, 2005 ; Mathieu et Zajac, 1990 ; Meyer *et al.*, 2002 ; Riketta, 2002), mais également pour l'engagement envers la profession (Cooper-Hakim et Viswesvaran, 2005 ; Lee, Carswell et Allen, 2000). Il a aussi été démontré que la performance était une des conséquences de l'engagement et non l'inverse (Riketta, 2008).

Les principales théories appuyant ce lien sont la théorie du processus de choix, la théorie du champ de Lewin et la théorie de l'échange social. Selon ces théories, un individu engagé envers une cible adoptera les comportements souhaités par cette dernière. Ce lien sera renforcé par un partage des buts et valeurs préconisées par l'individu et la cible étudiée.

Afin de choisir une mesure de la performance pertinente pour les PAB, nous avons utilisé le modèle de la performance des établissements de santé de Sicotte, Champagne et Contandriopoulos (1999). Nous avons choisi un indicateur de performance interne aux établissements et associé à leur finalité; soit la qualité des méthodes de travail. Dans le cas

des PAB, un soin sera de qualité s'il est fait en respectant les règles d'hygiène, ce qui assure une protection contre la propagation des infections chez le patient mais aussi chez les travailleurs et la société en général. En lien avec les théories précédemment abordées, nous cherchions également un indicateur auquel l'ensemble des cibles accorde de l'importance. Ainsi, puisque la conformité aux règles d'hygiène est souhaitable pour l'organisation, pour la santé du patient et sa perception de la profession de PAB, nous émettons l'hypothèse que l'engagement envers chacune de ces cibles sera associé à ce type de performance, bien que motivé pour des raisons différentes en fonction de chaque cibles. Afin de valider ce modèle, nous avons donc formulé les deux hypothèses suivantes :

*H3 : L'engagement affectif des PAB envers leur organisation influence positivement son niveau de conformité aux pratiques préventives en hygiène au travail.*

*H4 : L'engagement affectif des PAB envers leur profession influence positivement son niveau de conformité aux pratiques préventives en hygiène au travail.*

Soulignons toutefois que le lien entre l'engagement envers les patients et la performance n'a jamais été testé empiriquement. En effet, l'engagement affectif envers les patients n'a été que rarement étudié dans la littérature (Stinglhamber, Bentein et Vandenberghe, 2002). Les différentes théories exposées précédemment nous permettent tout de même d'émettre l'hypothèse exploratoire suivante :

*H5 : L'engagement affectif des PAB envers les patients influence positivement son niveau de conformité aux pratiques préventives en hygiène au travail.*

## CHAPITRE III

### CADRE MÉTHODOLOGIQUE

Ce chapitre aborde les éléments d'ordre méthodologique ayant permis d'opérationnaliser ce projet de mémoire. Nous commençons par exposer les caractéristiques de cette recherche puis la population à l'étude et la technique de collecte de données. Les sections suivantes concernent l'instrument de collecte de données et les techniques d'analyses utilisées. Pour finir ce chapitre, nous abordons les questions d'ordre éthique qu'a soulevées notre démarche.

#### 3.1. Devis et type de recherche

En premier lieu, nous pouvons affirmer que cette recherche s'inscrit dans une démarche hypothético déductive. En effet, nous avons d'abord élaboré des hypothèses de recherche soutenues par la littérature, notamment par le modèle de Meyer et Allen (2002) pour ensuite les mettre à l'épreuve dans un contexte donné. Pour ce faire, nous utilisons un devis à coupe transversale. Ce type de devis est utilisé lorsque l'objectif de la recherche est de vérifier les associations entre plusieurs variables et que cela implique l'étude de plus d'un cas, à un moment précis, à l'aide de données quantitatives (ou quantifiables) (Bryman et Bell, 2007).

Nous pouvons également affirmer qu'il s'agit d'une collecte de données synchroniques, puisqu'elle est faite en un seul temps, contrairement aux études diachroniques étudiant l'évolution d'un phénomène et où des collectes de données sont faites à plusieurs moments.

Il s'agit aussi d'une étude explicative en raison de l'objectif de cette recherche qui est de déterminer le lien entre l'engagement affectif envers différentes cibles et la conformité aux règles d'hygiène. La réponse à cet objectif de recherche mène à une meilleure compréhension de l'adoption des règles d'hygiène. Autrement dit, nous tentons d'expliquer une part du comportement attendu.

Finale­ment, compte tenu de la nature des données recueillies et du devis de recherche, nous pouvons affirmer qu'il s'agit d'une étude quantitative. En effet, chaque variable est mesurée à l'aide d'une échelle de Likert. À partir des informations obtenues, nous avons pu réaliser nos analyses statistiques.

### 3.2. Population à l'étude

La population à l'étude est formée de l'ensemble des PAB travaillant dans des établissements ayant des accréditations syndicales avec le SCFP. Plus précisément, il s'agit des PAB à l'emploi à l'hiver 2011, moment où les listes de personnel ont été transmises par les sections locales du syndicat. Le comité de suivi du projet a choisi d'inclure dans l'étude l'ensemble des établissements francophones afin d'avoir une représentation exhaustive, plutôt que d'utiliser une quelconque méthode d'échantillonnage. Le tableau 3.1 présente les différents établissements à l'étude, leur région administrative ainsi que leurs centres de santé. Ce tableau a été construit suite à une recension des centres de santé de chaque établissement en visitant leur site internet. Notons que cette sélection d'établissements permet de représenter plusieurs régions du Québec, soit l'Abitibi-Témiscamingue, le Bas Saint-Laurent, la Capitale-Nationale, la Chaudière-Appalaches, Montréal et la Montérégie.

Tous les PAB de ces établissements font partie de l'étude et ont été sollicités. Nous pouvons donc affirmer qu'il s'agit d'une étude populationnelle. On retrouve également au tableau 3.1 la provenance des 2 645 PAB faisant partie de la population à l'étude.

Tableau 3.1 Établissements retenus et leur population

Établissement (no. Région administrative)	Centre de santé	Nombre de PAB
<b>CSSS de Beauce</b> (12. Chaudière-Appalaches)	CH Saint-Georges Centre d'hébergement : De Beauceville De Saint-Georges, secteur Ouest De Saint-Georges, secteur Est	263
<b>CSSS Jardins-Roussillon</b> (16. Montérégie)	CH Anna-Laberge Centre d'hébergement : De Châteauguay De La Prairie De Saint-Rémi	422
<b>CSSS Rouyn-Noranda</b> (08. Abitibi-Témiscamingue)	CS Rouyn-Noranda Centre d'hébergement Rouyn-Noranda	214
<b>IUCPQ</b> (03. Capitale-Nationale)	IUPCQ	186
<b>CSSS Pommeraie</b> (16. Montérégie)	CH Brôme-Missisquoi-Perkins Centre d'accueil de Cowansville Centre d'hébergement : Foyer Sutton Les foyers Farnham CHSLD de Bedford	214
<b>CSSS Rivière-du-Loup</b> (01. Bas-Saint-Laurent)	CH régional de Grand-Portage Centre d'hébergement : St-Cyprien Résidence St-Joseph Foyer Saint-Antonin	159
<b>CHUQ</b> (03. Capitale-Nationale)	Hôtel-Dieu de Québec CH Saint-François-d'Assise CHUL Clinique TSO Centre de pédopsychiatrie Centre d'hébergement : Maison Paul Triquet Foyer des Vétérans	913
<b>Institut universitaire de gériatrie de Montréal</b> (06. Montréal)	Institut universitaire de gériatrie de Montréal	274

### 3.3. Collecte des données

La technique de collecte de données sélectionnée est le questionnaire. Pour des raisons d'éthique, de couverture et de coût (Blais et Durand, 2009), il a été décidé de transmettre les questionnaires par voie postale. Cette méthode comprend également comme avantage de limiter les biais de désirabilité sociale puisqu'il n'y a pas de contact avec une tierce personne. En contrepartie, cette méthode est également reconnue pour ses faibles taux de réponses (Blais et Durand, 2009). Pour pallier à cette tendance, nous avons mis en œuvre des stratégies de rappel tel qu'expliqué ci-dessous.

La collecte de données a été effectuée grâce au partenariat entre le service aux collectivités de l'UQAM et le SCFP. Les sections locales participantes ont fourni au comité de suivi les listes d'employés actifs à l'hiver 2010. Les questionnaires ont donc été transmis à la résidence de chaque participant. Les participants étaient invités à retourner leur questionnaire complété dans l'enveloppe prépayée qui leur était fournie, accompagné d'un formulaire de consentement. Dans ce formulaire, on informait les participants du but général du projet, des procédures en lien avec leur participation, des avantages et des risques liés à leur participation, ainsi que de la confidentialité avec laquelle seraient traités les questionnaires.

La grève des employés de Postes Canada survenue à l'été 2011 entrava quelque peu la réception des questionnaires. L'échéancier dû donc être revu et des rappels ont été faits plusieurs semaines après l'envoi initial. La collecte de données, débutée en juin 2011, prit officiellement fin en février 2012. Pendant toute cette période, les délégués syndicaux travaillant sur le terrain avaient pour responsabilité d'informer les travailleurs de l'importance de nous retourner les questionnaires. Des questionnaires supplémentaires avaient été remis aux délégués afin d'en fournir aux employés ayant égaré celui reçu par la poste.

### 3.4. Instrument de mesure

Dans cette section, nous expliquons d'abord la provenance des différentes échelles de mesure que comprend le questionnaire. Ensuite, nous faisons le point sur les tests de validité et de fiabilité de ces échelles de mesure.

### 3.4.1. Choix et conception des échelles de mesure

#### L'engagement affectif

Afin de mesurer nos variables indépendantes, soit le niveau d'engagement affectif des répondants, nous avons utilisé une échelle de mesure testée à plusieurs reprises s'inspirant du modèle Meyer et Allen (1991). Cette échelle a été élaborée par Stinglhamber, Bentein et Vandenberghe (2002). Contrairement aux échelles de l'engagement déjà existantes, celle-ci était utilisée en français et en anglais et élargie à plusieurs cibles, soit : l'organisation, la profession, le superviseur, le groupe de travail et les clients. Cette échelle a d'abord été testée auprès de deux échantillons. Le premier était composé de 316 anciens étudiants universitaires travaillant dans différentes organisations de secteurs industriels variés et occupant divers postes. Le second échantillon était formé de 186 infirmières provenant de différents hôpitaux. Pour cet échantillon, la cible *client* était remplacée par *patient*. Les alphas de Cronbach indiquaient une fiabilité satisfaisante pour l'ensemble des échelles de mesure. En effet, les alphas de Cronbach pour les deux échantillons testés étaient de 0,88 et de 0,83 pour l'engagement affectif envers l'organisation, de 0,86 et de 0,83 pour l'engagement affectif envers la profession et finalement de 0,83 et de 0,74 pour l'engagement affectif envers les clients (changé pour «patient» dans l'échantillon d'infirmière).

Les échelles de mesure de Stinglhamber, Bentein et Vandenberghe (2002) ont été également utilisées dans plusieurs autres études, qui en ont confirmé la fiabilité (Bentein, Stinglhamber et Vandenberghe, 2002 ; Bentein *et al.*, 2005 ; Vandenberghe *et al.*, 2007 ; Vandenberghe, Bentein et Stinglhamber, 2004). Nous soulignons spécifiquement celle Vandenberghe *et al.* (2001) pour avoir étudié deux cibles incluses dans ce projet de mémoire. Dans cette étude, la version francophone de l'échelle portant sur l'engagement envers l'organisation a obtenu un alpha de 0,82 et l'engagement envers la profession, un alpha de 0,88.

Le tableau 3.2 présente les différents items ayant retenu, pour mesure, l'engagement envers les trois cibles choisies pour ce mémoire. Tel que mentionné, la seule modification apportée à l'échelle fournie par les chercheurs fut de modifier le terme «client» par le terme «patient».

### La conformité en hygiène au travail

C'est un examen des guides de bonnes pratiques du ministère de la santé et des services sociaux ainsi que ceux de certains établissements à l'étude qui a permis l'écriture de l'échelle de mesure de la conformité aux règles d'hygiène au travail; notre variable dépendante. Pour ce faire, nous avons relevé les pratiques de base récurrentes dans tous ces différents guides. Six grands thèmes ont été dégagés de cette documentation soit : (1) le respect des mesures d'hygiène et de salubrité, (2) le lavage des mains, (3) l'utilisation des gants, (4) l'utilisation d'équipement de protection individuelle (masque, lunettes et blouse), (5) une manipulation et un transport adéquat du matériel souillé et (6) le respect des mesures reliées aux tâches de nettoyage et de désinfection. Pour chacun de ces thèmes, le répondant doit s'autoévaluer sur une échelle de 1 à 10 où 1 représente une performance médiocre et 10 une performance conforme aux standards de bonnes pratiques (*guide lines*). Le libellé suivant sert d'introduction pour chaque énoncé : «**En général**, comment évaluez-vous **votre propre performance** quant aux pratiques recommandées suivantes».

### Les informations sociodémographiques

La première section du questionnaire concerne les informations sociodémographiques. Celles pertinentes, dans le cadre de ce mémoire, comprenaient des questions ouvertes ou fermées concernant les informations suivantes : sexe, âge, ancienneté dans le métier, type d'établissement où l'individu travaille majoritairement et le statut d'emploi. Nous utilisons ces variables à titre de variables contrôles.

#### 3.4.2. Tests de validité et de fiabilité

En premier lieu, notons que le questionnaire en entier a subi trois prétests. La première version du questionnaire a été testée auprès d'un employé du centre d'hébergement de St-Rémi. Nous avons ainsi pu vérifier la durée de passation ainsi qu'ajuster certaines questions où le vocabulaire n'était pas approprié. Une seconde version du questionnaire a ensuite été testée lors d'un groupe de discussion formé d'une cinquantaine de PAB et personnel d'hygiène et de salubrité lors d'un congrès du Conseil provincial des affaires sociales du SCFP à Québec. Les participants à ce groupe de discussion étaient tous des délégués

syndicaux. Les commentaires formulés par les participants ont été partagés de vive voix ou écrits sur les questionnaires. Certaines modifications ont ensuite été apportées au questionnaire. Le dernier prétest s'est tenu lors d'un second groupe de discussion formé d'une dizaine de PAB ou personnel d'hygiène et de salubrité à l'emploi du CSSS de Jardins-Roussillon. Ces prétests ont tous contribué à l'élaboration de la version finale du questionnaire.

Une fois la banque de données générée, des analyses statistiques ont permis de tester la validité de construit et la fiabilité de l'instrument de mesure. La validité de construit nous indique que les variables mesurent réellement les concepts que nous croyons qu'elles mesurent (Bryman et Bell, 2007). Sur le plan statistique, l'analyse factorielle, qui réduit en facteurs généraux un grand nombre d'informations (Stafford et Bodson, 2006), nous permet d'obtenir cette information. Autrement dit, les analyses factorielles font ressortir une structure sous-jacente de l'ensemble des données. Cette structure nous indique l'interprétation qu'ont faite les répondants de l'ensemble de nos items. Parmi les méthodes d'analyse factorielle offertes par le logiciel SPSS, nous avons choisi la rotation varimax. Cette méthode suppose que les composantes qui seront dégagées sont indépendantes les unes par rapport aux autres. De plus, la rotation varimax permet des résultats plus tranchés, ce qui en fait d'ailleurs la méthode la plus répandue (Stafford et Bodson, 2006).

Nous avons également testé la fiabilité de notre instrument de mesure, c'est-à-dire la stabilité d'un concept (Bryman et Bell, 2007). La fiabilité peut se mesurer à l'aide de l'alpha de Cronbach. Ce type d'analyse nous donne un indice de cohérence interne pour chaque variable (Roussel, 2005 ; Stafford et Bodson, 2006). Nous avons retenu le seuil de 0,75 comme seuil dans nos analyses bien que 0,60 à 0,70 soit déjà considéré comme élevé selon certains auteurs (Roussel, 2005 ; Stafford et Bodson, 2006).

### Engagement affectif

En analysant les 18 items concernant l'engagement, l'analyse factorielle a permis de confirmer la présence de trois dimensions, par contre, certains des items n'ont pas été retenus. L'indice de variance totale expliquée pour les dix-huit items était de 64,974, alors qu'en retirant les items moins significatifs et en ne conservant donc que trois items par cible, la

variance totale expliquée était augmentée à 80,896. Il a donc été choisi de créer des variables formées de trois items pour chacune des cibles. Le tableau 3.2 présente l'analyse factorielle incluant seulement les items retenus pour les variables composites.

L'analyse de fiabilité pour chacune des trois variables appuie le choix de ne conserver que trois items par cible. En effet, nous obtenons des alphas de Cronbach maximaux avec des variables composites formées de trois items par variable. Ces alphas sont de 0,798 pour la cible *patient*, 0,919 pour la cible *organisation* et de 0,898 pour la cible *profession*. Bien que la cible *patient* obtienne un alpha moins élevé que les autres cibles, cela correspond aux résultats obtenus dans Stinglhamber, Bentein et Vandenberghe (2002). En effet, dans cette étude, la cible *patient* avait obtenu le plus bas alpha, soit de 0,74.

**Tableau 3.2** Analyse factorielle, engagement affectif

Énoncés retenus	Facteur 1	Facteur 2	Facteur 3
Je me sens proche de mes patients			0,800
Je me sens affectivement attaché à mes patients			0,882
Les patients représentent beaucoup pour moi			0,769
La profession représente beaucoup pour moi		0,847	
Je suis fier de la profession que j'exerce		0,880	
Je suis enthousiaste envers ma profession		0,849	
J'éprouve vraiment un sentiment d'appartenance à mon organisation	0,854		
Mon organisation représente beaucoup pour moi	0,885		
Je suis fier d'appartenir à cette organisation	0,872		

#### Conformité aux règles d'hygiène

Tel que le démontre le tableau 3.3, l'analyse factorielle des items permettant d'évaluer la conformité en hygiène au travail a révélé la présence d'une seule dimension. La variance totale expliquée de cette dimension est de 61,165. L'alpha de Cronbach de 0,867 obtenu pour la variable composite formée des 6 items permet de confirmer la fiabilité de cette variable.

**Tableau 3.3** Analyse factorielle, conformité aux règles d'hygiène

<b>Énoncés</b> <i>«En général, votre performance quant aux pratiques suivantes est :»</i>	<b>Facteur 1</b>
Respect des mesures d'hygiène et de salubrité	0,823
Lavage des mains	0,815
Utilisation des gants	0,765
Utilisation d'équipement de protection individuelle (masque, lunettes et blouse)	0,762
Manipulation et transport de matériel souillé	0,784
Mesures reliées aux tâches de nettoyage et de désinfection	0,739

### 3.5. Traitement et analyses des données

Les questionnaires ont d'abord été codifiés puis les données ont été saisies manuellement par la firme Élite Data. Une fois la banque de données récupérée par le chercheur, une validation de celle-ci a été effectuée en vérifiant l'entrée des données d'une quinzaine de questionnaires choisis aléatoirement.

Pour analyser les données, nous avons utilisé le logiciel SPSS 12. Une première analyse descriptive permet de faire un portrait de la situation pour chacune des variables à l'aide de formules telles que les moyennes, médianes, écarts-types. Ensuite, afin de tester nos hypothèses, nous avons procédé à des analyses de corrélation suivies d'une analyse de régression linéaire multiple.

### 3.6. Respect des règles éthiques

La conception de ce projet a été faite dans un souci du respect de l'Énoncé de politique des trois conseils, appliqué à l'éthique de la recherche avec des êtres humains(2010) (EPTC). Étant donné que la démarche de collecte de données a été modifiée en cours de projet, en raison de la grève de Postes Canada, nous avons dû faire certains compromis tout en assurant le maintien d'une démarche éthique. Dans cette section, nous analysons donc certains des critères de l'EPTC en regard du déroulement du projet soit le consentement libre et éclairé et le respect de la confidentialité.

Tel que prescrit par l'EPTC, un formulaire de demande d'approbation éthique d'un projet de recherche chez l'humain a été soumis à un comité d'éthique de la recherche de l'UQAM afin de faire approuver le projet de recherche dans lequel s'insère ce mémoire.

Le consentement libre et éclairé des participants était obtenu par le biais d'une lettre annexée au questionnaire où le projet de recherche était expliqué ainsi que les avantages et les risques lui étant associé. On invitait aussi les répondants à contacter des personnes ressources pour de plus amples informations. Une faille aurait pu être observée dans la règle du consentement libre de l'EPTC étant donné que les noms de répondants ont été fournis aux délégués syndicaux lors de la stratégie de rappel afin que ceux-ci ciblent leur intervention. Toutefois, les délégués n'ont jamais reçu la consigne de mettre quelconque pression sur les personnes n'ayant pas répondu. D'autant plus que les délégués syndicaux n'ont pas une position hiérarchique supérieure aux autres PAB. Pour ces raisons, nous estimons que nous avons respecté ce critère de l'EPTC autant que nous le permettaient les obstacles rencontrés.

L'EPTC balise également le droit à la vie privée et à la confidentialité des données. Soulignons que dans les questionnaires aucune information ne permettait d'identifier les répondants. Bien que les questionnaires étaient numérotés et associés à un individu, une fois la collecte de données effectuée, les listes des noms associés à chaque numéro ont été maintenues confidentielles. Seuls les chercheurs et l'assistante de recherche s'occupant de la saisie des questionnaires ont eu accès aux questionnaires complétés. Le SCFP a eu accès aux résultats de façon agrégée. En aucun cas les chercheurs n'ont dégagé des résultats individualisés de la banque de données.

Nous concluons ce chapitre en soulignant que cette démarche méthodologique nous a permis de mener à bien ce projet en assurant une validité et une fiabilité pour les résultats obtenus qui seront présentés au chapitre suivant. De plus, la technique de collecte de données choisie permet de respecter les questions d'ordre éthique tout en nous permettant d'obtenir un taux de réponses suffisant pour assurer une bonne représentativité de notre population.

## CHAPITRE IV

### RÉSULTATS

Dans cette section nous exposons les résultats obtenus suite aux différentes analyses. Une analyse descriptive amorcera le chapitre, suivi des tests associés aux différentes hypothèses qui permettront de répondre à la question de recherche principale qui est de déterminer dans quelle mesure l'engagement envers différentes cibles exerce une influence sur la conformité aux règles d'hygiène chez les PAB.

#### 4.1. Analyses descriptives

Nous divisons ici l'analyse descriptive en deux sous-sections. D'abord, nous établissons une description de la population répondante en détaillant le taux de réponses et en exposant les résultats concernant les variables sociodémographiques. La deuxième sous-section concerne les résultats descriptifs des variables en lien avec notre question de recherche.

##### 4.1.1 Description des répondants

###### Taux de réponses

À la fin de la collecte de données, 949 répondants avaient retourné le questionnaire. Considérant que la population comptait 2645 individus, nous avons obtenu un taux de réponses de 35,9 %. Ce taux de réponses peut sembler bas, ce qui s'explique notamment par la technique de collecte de données utilisée telle qu'expliquée précédemment. En contrepartie, le fait que notre étude s'adresse à l'ensemble de la population compense pour cette limite puisque le total des répondants est élevé et représentatif de la population étudiée. Le tableau 4.1 présente le taux de réponses obtenu pour chaque établissement. On peut y constater que chaque établissement est représenté de façon satisfaisante puisque chacun d'eux

a obtenu un taux de réponses supérieur à 20 %. Finalement, les répondants ayant rempli moins de la moitié du questionnaire ont été retirés de l'étude. Ainsi 922 questionnaires ont été retenus pour la suite des analyses, ce qui équivaut à un taux de réponses de 34,9%.

**Tableau 4.1** Taux de réponses par établissement

<b>Établissements (no. région administrative)</b>	<b>Taux de réponses</b>	<b><i>n</i></b>	<b><i>N</i></b>
CSSS de Beauce (12. Chaudière-Appalaches)	54,4 %	143	263
CSSS Jardins-Roussillon (16. Montérégie)	36,7 %	115	422
CSSS Rouyn-Noranda (08. Abitibi-Témiscamingue)	46,7 %	100	214
IUCPQ (03. Capitale-Nationale)	46,8 %	87	186
CSSS Pommeraiie (16. Montérégie)	38,3 %	82	214
CSSS Rivière-du-Loup (01. Bas-Saint-Laurent)	32,7 %	52	159
CHUQ (03. Capitale-Nationale)	26,0 %	237	913
Institut universitaire de gériatrie de Montréal (06. Montréal)	21,5 %	59	274
<b>Total</b>	<b>35,9 %</b>	<b>949</b>	<b>2645</b>
<b>Total retenu</b>	<b>34,9%</b>	<b>922</b>	<b>2645</b>

#### Description des répondants

Les caractéristiques sociodémographiques des répondants sont présentées dans le tableau 4.2. On peut y observer une nette prédominance de femmes qui représentent près de 80 % de l'échantillon. Le groupe d'âge médian est de 41 à 45 ans. Le nombre médian d'années

d'expérience dans leur profession est de 8 années et la moyenne est de 11,15 années. Près de la moitié des répondants travaillent à temps plein. Finalement, environ 55 % des répondants travaillent dans des hôpitaux alors que 40 % travaillent dans des centres d'hébergement. Les autres travailleurs sont à l'emploi d'un institut gériatrique. Les cinq répondants ayant inscrit qu'ils travaillent dans un «autre» type d'établissement n'ont pas indiqué de quel type d'établissement il s'agit, mais cela pourrait être, par exemple, une clinique externe ou un CLSC. Toutefois, soulignons que pour effectuer les analyses de régression linéaire, nous avons regroupé certaines catégories de répondants. En effet, pour analyser le statut d'emploi, nous avons regroupé les temps partiels et les temps partiels occasionnels. De plus, pour analyser le type d'établissement, nous avons fait la même opération avec les personnes travaillant en centres d'hébergement, dans un institut gériatrique et ceux ayant indiqué «autres».

**Tableau 4.2** Distribution des répondants pour les variables sociodémographiques

<b>Variables sociodémographiques</b>	<b>Distribution (% valide)</b>	<b>N</b>
<b>Sexe</b>		902
Hommes	20,2 %	182
Femmes	79,8 %	720
<b>Groupe d'âge</b>		905
Moins de 20 ans	2,3 %	21
21-25 ans	6,6 %	60
26-30 ans	11,5 %	104
30-35 ans	10,3 %	93
36-40 ans	9,3 %	84
41-45 ans	13,3 %	120
46-50 ans	16,4 %	148
50 ans et plus	30,4 %	275
<b>Statut de l'emploi</b>		913
Plein temps	47,6 %	435
Temps partiel	41,7 %	381
Temps partiel occasionnel	10,5 %	96
<b>Type d'établissement</b>		920
Hôpitaux	54,1 %	498
Centre d'hébergement	39,5 %	363
Institut Gériatrique	5,8 %	53
Autre	0,5 %	5

Afin de s'assurer de la possibilité de généraliser nos résultats à la population à l'étude, nous avons d'abord questionné le comité de suivi du projet de recherche qui a confirmé la concordance dans les caractéristiques sociodémographiques de nos répondants avec celles de la population. Ensuite, puisque notre population ne représente que les PAB travaillant dans un établissement francophone accrédité par le SCFP, nous avons voulu vérifier, de façon exploratoire, la validité externe de nos résultats pour savoir si ceux-ci pouvaient être généralisables à une population plus grande soit celle de tous les PAB du Québec. Une recherche nous a indiqué qu'en incluant tous les établissements couverts, le SCFP compte près de 5 000 membres PAB. Ce qui représente environ 12,5% de l'effectif total des 40 000 PAB du Québec. Nous avons trouvé une description du marché de l'emploi sur le site internet de service Canada, où on peut retrouver des informations concernant la profession «aides-infirmiers/aides-infirmières, aides-soignants/aides-soignantes et préposés/préposées aux bénéficiaires», soit le groupe 3413 dans la CNP (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, 2011). Le tableau 4.3 présente une synthèse des informations disponible pour ce groupe en 2011, soit la même année que la collecte de données de ce mémoire. On peut remarquer des similitudes avec nos résultats quant à la prédominance de femmes. La proportion des travailleurs à temps plein de notre échantillon se rapproche de celle de tous les PAB du Québec, respectivement de 47,6 % et de 63,9 %. Cet écart s'explique peut-être par une plus forte proportion de postes à temps plein dans le secteur privé par rapport au secteur public.

**Tableau 4.3** Synthèse d'indicateurs de l'emploi pour le groupe 3413 au Québec

<b>Indicateurs de l'emploi</b>	<b>Distribution</b>
<b>Répartition de l'emploi selon le sexe</b>	
Hommes	18,9 %
Femmes	81,1 %
<b>Répartition de l'emploi selon le groupe d'âge</b>	
15-24 ans	12,3 %
25-44 ans	40,3 %
45-64 ans	46,5 %
65 ans et plus	1,0 %
<b>Répartition de l'emploi selon le statut</b>	
Plein temps	63,9 %
Temps partiel	36,1 %
<b>Principaux secteurs d'emploi</b>	
Établissements de soins infirmiers et de soins pour bénéficiaires internes (y compris les CHSLD)	52,5 %
Hôpitaux	40,8 %

#### 4.1.2. Description des variables

Les résultats concernant les variables d'engagement et de conformité sont présentés au tableau 4.4. Ces résultats nous indiquent qu'en moyenne, l'engagement affectif envers l'organisation, la profession et les patients est respectivement de 3,833; 4,186 et 4,060. La médiane nous indique que 50% des répondants ont des niveaux d'engagement égal ou supérieur à 4 pour l'engagement envers l'organisation et les patients et égal ou supérieur à 4,330 pour l'engagement envers la profession. L'engagement envers l'organisation est la variable d'engagement ayant l'écart-type le plus élevé, ce qui nous indique une distribution moins condensée que pour les autres variables. Afin de s'assurer qu'il existe une différence significative entre chaque niveau d'engagement nous avons effectué des t-tests de comparaison de moyenne pour échantillon dépendant (ou apparié) (voir Appendices B). Les résultats nous montrent qu'en moyenne, l'engagement envers la profession ( $M=4,186$ ,  $SE=0,020$ ) est significativement plus élevé que les deux autres cibles d'engagement (engagement envers l'organisation :  $M=3,833$ ,  $SE=0,028$ ,  $t(906)=-13,218$ ,  $p<0,001$ ,  $r=-0,412$ ;

engagement envers les patients :  $M=4,060$ ,  $SE=0,023$ ,  $t(911)=-5,269$ ,  $p<0,001$ ,  $r=-0,366$ ). Nous pouvons également conclure de nos analyses de comparaison de moyennes que l'engagement envers l'organisation ( $M=3,833$ ,  $SE=0,028$ ) est la cible ayant le plus faible niveau lorsqu'on le compare avec l'engagement envers les patients ( $M=4,060$ ,  $SE=0,023$ ,  $t(903)=7,852$ ,  $p<0,001$ ,  $r=-0,392$ ).

Ces résultats nous permettent d'accepter l'hypothèse 1 voulant que chaque variable d'engagement a un niveau significativement différent, mais d'infirmer l'hypothèse deux concernant l'engagement envers les patients. En effet, nous avons émis l'hypothèse que l'engagement envers les patients serait plus élevé que l'engagement envers les deux autres cibles, mais c'est plutôt l'engagement envers la profession qui s'est avéré avoir le niveau le plus élevé.

Les statistiques relatives aux degrés de conformité aux règles d'hygiène nous laissent entendre des réponses assez élevées pour l'ensemble des répondants. En effet, la moyenne se situe tout près du 9 / 10, avec un écart type de 0,99, ce qui nous indique que 95% des répondants ont indiqué une réponse supérieure à 7 / 10. La médiane nous indique que la moitié des répondants ont indiqué avoir un niveau de conformité de 9 / 10 ou plus. Le mode nous montre également que la réponse la plus fréquente était 10. Tous ces indicateurs nous confirment une concentration des données autour de l'extrémité supérieure de l'échelle de mesure.

**Tableau 4.4** Statistique descriptive des variables à l'étude

<b>Variabes</b>	<b>Conformité aux règles d'hygiène</b>	<b>Engagement affectif envers l'organisation</b>	<b>Engagement affectif envers la profession</b>	<b>Engagement affectif envers les patients</b>
<b>N Valide</b>	912	907	920	912
<b>Moyenne</b>	8,995	3,833	4,186	4,060
<b>E.S. à la moyenne</b>	0,033	0,028	0,020	0,023
<b>Mode</b>	10	4	4	4
<b>Médiane</b>	9,167	4,000	4,330	4,000
<b>Écart-type</b>	0,986	0,847	0,612	0,703
<b>Variance</b>	0,972	0,718	0,375	0,494

Cette section nous a permis de faire le portrait des répondants tant au niveau de leurs caractéristiques sociodémographiques qu'au niveau de leurs perceptions. Nous retenons de ces analyses descriptives le taux de réponses de 34,9 % et le fait que 80 % de nos répondants soient des femmes. De plus, les PAB sont significativement plus engagés envers leur profession qu'envers les deux autres cibles d'engagement. Dans la section suivante, nous débutons les démarches d'analyses permettant de valider nos hypothèses de recherche.

#### 4.2. Analyses de corrélation

Afin de répondre à notre question de recherche relative à l'influence de l'engagement envers différentes cibles sur la conformité aux règles d'hygiène, nous débuterons par des analyses de corrélation qui seront préalablement expliquées. Il s'ensuivra des analyses de régression dans la section suivante. Ces deux méthodes d'analyses permettront, conjointement, de vérifier nos hypothèses.

##### 4.2.1. La méthode d'analyse

Les analyses de corrélation, aussi appelée corrélation bi-variée simple ou corrélation de Pearson, nous permettent d'analyser la force du lien qui unit deux variables. La démarche mathématique sous-jacente consiste à l'observation des régularités dans les données afin d'en

dégager une relation linéaire significative (Stafford et Bodson, 2006). Voici l'expression mathématique derrière le coefficient de corrélation :

$$r = \frac{\sum_{i=1}^n (X_i - \bar{X})(Y_i - \bar{Y})}{\sqrt{\sum_{i=1}^n (X_i - \bar{X})^2} \sqrt{\sum_{i=1}^n (Y_i - \bar{Y})^2}}$$

#### 4.2.2. Les résultats de l'analyse de corrélation

Le tableau 4.5 expose l'ensemble des corrélations liant chacune de nos variables entre elles. Nous interprétons nos résultats en fonction des balises dictées par Cohen (2003) voulant qu'une corrélation autour de 0,10 soit faible et qu'une corrélation soit jugée importante à partir d'un coefficient de 0,50.

En ce qui concerne notre objectif de recherche, nous pouvons confirmer une relation entre la conformité aux règles d'hygiène et chaque cible d'engagement. La relation la plus élevée, bien que faible/modérée, se situe entre notre variable dépendante et l'engagement affectif envers l'organisation ( $r=0,267$ ). Les deux autres cibles d'engagement obtiennent aussi des relations faibles/modérées avec la conformité aux règles d'hygiène, soit de 0,235 pour la cible «profession» et de 0,168 pour la cible «patient».

D'autres informations intéressantes sont portées à notre attention, notamment le fait que toutes les variables d'engagement soient significativement corrélées entre elles. Il s'agit de relations qu'on peut qualifier de modérées/élevées, toutes supérieures à 0,35, mais inférieures à 0,45. Puisqu'il ne s'agit pas de relations supérieures à 0,80, il n'y a probablement pas lieu de s'inquiéter des phénomènes de multicollinéarité qui nous indiqueraient que deux variables sont confondantes (Field, 2005). Un test plus précis sera effectué dans la section 4.3.3.

De plus, certaines variables sociodémographiques, soit l'âge( $r=0,120$ ) et le type d'établissement( $r=-0,116$ ), sont significativement corrélées à la conformité aux règles d'hygiène. Pour l'âge, on observe une relation positive entre les deux variables. Dans le cas du type d'établissement, cette donnée nous indique que les individus travaillant dans les hôpitaux sont plus propices à être conformes aux règles d'hygiène. Ces conclusions nous indiquent que certaines caractéristiques individuelles et de l'établissement pourraient jouer un

rôle dans la conformité aux règles d'hygiène. Nous utiliserons donc nos variables sociodémographiques à titre de variable contrôle pour la suite des analyses.

Bien que cela ne fasse pas parti de notre objectif de recherche, nous remarquons une relation modérée entre l'âge et l'expérience( $r=0,462$ ). Or, compte tenu que ces variables sont liées l'une à l'autre (lorsque l'expérience augmente, l'âge augmente également indéniablement) nous trouvons étrange de ne pas trouver une relation plus forte entre ces deux variables. Nous en discuterons au chapitre suivant.

En somme, Il est intéressant de faire une première analyse de nos données par le biais d'un tableau de corrélation. Ces résultats préliminaires indiquent qu'il est pertinent de pousser plus loin nos analyses. En effet, afin de connaître le rôle spécifique de chaque variable dans notre modèle, nous avons effectué des analyses de régression multiple.

Tableau 4.5 Analyses de corrélation

Variables	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
1. Sexe	1							
2. Âge	-0,130	1						
3. Expérience	-0,201**	0,462**	1					
4. Type d'établissement	0,194**	0,053	0,055	1				
5. Statut	0,250**	-0,281**	-0,394**	0,163**	1			
6. Conformité aux règles d'hygiène	0,003	0,120**	-0,053	-0,116**	0,029	1		
7. Engagement affectif envers l'organisation	0,073*	0,051	-0,101**	-0,089**	0,001	0,267**	1	
8. Engagement affectif envers la profession	-0,016	0,196**	-0,028	-0,003	-0,040	0,235**	0,412**	1
9. Engagement affectif envers les patients	0,039	0,105**	0,049	0,152**	-0,003	0,168**	0,392**	0,366**

\* La corrélation est significative à un seuil de 0.05

\*\* la corrélation est significative à un seuil de 0.01

#### 4.3. Analyses de régression multiple

Contrairement aux corrélations, les analyses de régression nous permettent de spécifier le rôle des variables dans le modèle analysé à titre de variable dépendante ou indépendante. Cela nous permet aussi de connaître le niveau d'ajustement de notre modèle théorique dans l'explication de la conformité aux règles d'hygiène. De plus, ce type d'analyse indique la contribution respective de chaque variable indépendante à l'explication de la variable dépendante. Pour ces raisons, il s'agit de la méthode utilisée pour répondre à l'objectif de cette étude. Plus précisément, nous effectuerons des régressions multiples, ce qui signifie que nous analyserons plusieurs variables à la fois, contrairement à la régression simple.

En plus des variables indiquées dans le chapitre du cadre conceptuel, nous ajoutons à notre modèle certaines informations sur les répondants en guise de variables contrôles. Ainsi, nos analyses comprendront l'engagement envers l'organisation, la profession et les patients comme variables indépendantes, la conformité aux règles d'hygiène comme notre variable dépendante, et les variables contrôles relatives au sexe, à l'âge, à l'expérience, au type d'établissement et au statut d'emploi. Nous poursuivrons cette section en vous expliquant plus en détail la méthode d'analyse, puis nous présenterons les résultats.

##### 4.3.1. La méthode d'analyse

Un peu comme la corrélation, l'analyse de régression cherche à réunir l'ensemble des variables sur une même droite. Cette formule illustre la droite qui lie la variable dépendante (Y) et les variables indépendantes (X) :

$$Y_i = \beta_0 + \beta_1 X_{1i} + \beta_2 X_{2i} + \beta_3 X_{3i} + \dots + \beta_k X_{ki} + \epsilon_i$$

On remarque, par cette formule, que chaque variable indépendante est pondérée par son propre facteur  $\beta$ . Le facteur  $\beta$  représente l'effet spécifique ou partiel qu'une variable indépendante a sur une variable dépendante en considérant les autres variables du modèle. Dans la formule présentée ci-haut,  $k$  représente le nombre de variables indépendantes et  $\epsilon$  la marge d'erreur.

La démarche proposée par Stafford et Bodson (2006) accorde une certaine importance à l'observation des chevauchements de variables afin d'éviter les problèmes de «colinéarité» ou de «multicolinéarité». Un chevauchement implique que deux variables indépendantes ne soient pas réellement distinctes l'une de l'autre. Le cas échéant, le paramètre  $\beta$  perd de sa valeur puisque les variables indépendantes se chevauchant ont un effet similaire et il devient donc difficile d'en dégager l'effet spécifique. Il faut donc s'assurer d'avoir des variables indépendantes étant le moins liées les unes par rapport aux autres et donc abordant un contenu bien distinct. Pour ce faire, le test de *variance inflation factor* (VIF) apporte plus de précision que l'observation de coefficient de corrélation tel qu'effectué précédemment. Cette donnée nous indique à quel niveau une variable incluse dans la régression est en relation linéaire avec les autres variables indépendantes du modèle (Field, 2005). Field (2005) nous indique les critères à respecter pour pouvoir affirmer l'absence de colinéarité : aucun VIF ne doit être supérieur à 10; la moyenne des VIF ne doit pas être largement supérieure à 1; le niveau de tolérance ne doit pas être inférieur à 0.2. Notez que le niveau de tolérance se calcule par la soustraction du VIF à 1.

#### 4.3.3. Résultats de l'analyse de régression multiple

Les tableaux 4.6 et 4.7 présentent les résultats de l'analyse de régression multiple permettant de répondre à nos hypothèses. Les étapes suivies afin d'interpréter nos résultats sont inspirées principalement de deux références, soit Stafford et Bodson (2006) ainsi que le site Internet d'analyse SPSS de l'Université de Sherbrooke (Yergeau, 2013).

Le premier tableau sur lequel nous nous attarderons (tableau 4.6.) contient des informations au sujet de notre modèle d'analyse. Le modèle 1 inclut uniquement les variables contrôles, c'est-à-dire les informations sur les répondants et dans le modèle 2 on retrouve les variables contrôles additionnées de nos variables d'engagement envers différentes cibles.

**Tableau 4.6** Récapitulatif des modèles

Modèles	R	R-deux	R-deux ajusté	E.S.	Variation dans les statistiques		
					Variation de R-deux	Variation de F	Sig. Variation de F
1. Variables sociodémographiques	0,224	0,050	0,045	0,977	0,050	8,756	0,000
2. Toutes les variables	0,347	0,120	0,112	0,942	0,070	21,889	0,000

D'abord, la variation de F significative nous indique que nous pouvons affirmer, avec moins de 0,01% de chance de nous tromper, que les deux modèles testés contribuent à mieux prédire la variance de la conformité aux règles d'hygiène. Bien entendu, nous nous intéressons principalement au modèle 2. Le R-deux obtenu pour ce modèle nous indique que nos variables expliquent 11,2% de la variance de la conformité aux règles d'hygiène. Nos variables sociodémographiques expliquent à elles seules 5% de cette variance et 7% est attribué à nos variables associées au niveau d'engagement.

Après avoir observé l'ajustement de nos deux modèles, nous pouvons nous attarder à la contribution des variables à l'explication du niveau de conformité aux règles d'hygiène. C'est cette étape qui nous permettra de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses à l'aide du modèle 2 présenté dans le tableau 4.7. Pour ce faire, nous observons les valeurs de  $\beta$  pour chaque variable, qui, tel qu'expliqué ci-haut, nous indique la contribution spécifique de chaque variable indépendante et variable contrôle sur notre variable dépendante.

**Tableau 4.7** Analyse de régression multiple, conformité aux règles d'hygiène

	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés		
	<i>B</i>	<i>SE</i>	$\beta$	<i>T</i>	<i>Sig</i>
<b>Modèle 2 (constante)</b>	6,916			21,352	0,000
Sexe	-0,010	0,085	-0,004	-0,120	0,905
Âge	0,073	0,018	0,151**	3,965	0,000
Expérience	-0,009	0,004	-0,082*	-2,049	0,041
Type d'établissement	-0,248	0,070	-0,124**	-3,556	0,000
Statut	0,127	0,074	0,064	1,725	0,085
Engagement affectif envers l'organisation	0,183	0,045	0,155**	4,031	0,000
Engagement affectif envers la profession	0,197	0,063	0,120*	3,146	0,002
Engagement affectif envers les patients	0,098	0,053	0,069	1,845	0,065

R-deux 0,120, R-deux ajusté 0,112

\* Significatif à un seuil de .05, \*\* Significatif à un seuil de .01

Mais avant de nous attarder aux variables, précisons que pour ce qui est des risques de chevauchement expliqués plus haut, le VIF (voir Annexe B) répond aux critères précédemment énoncés. En effet, le VIF n'est pas supérieur à 10 pour aucune des variables, la moyenne de celles-ci est de 1.3095, ce qui est suffisamment proche de 1 et aucun des niveaux de tolérance ne sont inférieurs à 0.2. Nous pouvons donc confirmer que bien que certaines variables ont des niveaux de corrélation moyennement élevés entre elles, aucune n'est en relation de colinéarité.

#### Variables sociodémographiques

Comme l'illustre le tableau 4.7, certaines variables sociodémographiques contribuent significativement à l'explication de la conformité aux règles d'hygiène. Parmi les variables sociodémographiques, on observe que l'âge est positivement lié à notre variable dépendante. Il s'agit d'ailleurs de la variable sociodémographique ayant le plus fort lien, bien qu'il soit faible ( $\beta = 0,151$ ). Les variables d'expérience et du type d'établissement, quant à elles, exercent une influence négative respective de  $-0,082$  et de  $-0,124$  sur le niveau de conformité aux règles d'hygiène. Cela signifie que les PAB les plus âgés ont tendance à respecter davantage les règles d'hygiène, en revanche, plus l'expérience augmente et moins les individus adhèrent aux règles d'hygiène. Les individus à l'emploi d'un hôpital respectent davantage les règles d'hygiène que les personnes travaillant dans un centre d'hébergement ou un institut gériatrique.

#### L'engagement envers différentes cibles

Ainsi, l'ensemble de ces analyses avait pour finalité de répondre à notre objectif de recherche qui était de déterminer si l'engagement affectif envers différentes cibles exerce une influence significative sur la conformité aux règles d'hygiène. Nos hypothèses 3 et 4, soutenant que l'engagement envers la profession et l'engagement envers l'organisation exercent une influence significative sur la conformité aux règles d'hygiène sont soutenues par nos analyses. En effet, les résultats démontrent que les personnes ayant un plus haut niveau d'engagement organisationnel et d'engagement envers la profession ont des niveaux de conformité aux règles d'hygiène plus élevés (respectivement  $\beta = 0,155$  et  $\beta = 0,120$ ). Soulignons toutefois que ces niveaux de bêta ne peuvent être caractérisés que de faibles à

moyens. De plus, nos résultats ne nous permettent pas d'affirmer que l'engagement affectif envers les patients influence positivement la conformité aux règles d'hygiène telle que laisse entendre l'hypothèse 5. En effet, le bêta de l'engagement envers les patients n'est pas significatif, ce qui ne nous permet pas d'accepter cette hypothèse.

Pour finir, ce chapitre a permis de dresser un portrait de nos répondants et de valider trois de nos hypothèses. Nos explications quant au rejet de l'hypothèse deux et cinq sera l'un des sujets discutés dans le chapitre suivant.

## CHAPITRE V

### DISCUSSION DES RÉSULTATS

Dans ce dernier chapitre, nous discuterons des résultats pour ensuite expliquer les contributions théoriques et pratiques de ces résultats. Nous poursuivrons en décrivant les limites de cette étude puis terminerons par les pistes de recherches futures pertinentes au développement des connaissances en lien avec cette étude. Mais pour commencer, voici un rappel des hypothèses de recherche :

**Tableau 5.1** Tableau synthèse des résultats

<i>Hypothèses</i>	<b>Conclusion</b>
<i>H1 : Les PAB sont engagés à des niveaux significativement différents envers chacune des cibles étudiées, soit l'organisation, la profession et les patients.</i>	Soutenue
<i>H2 : L'engagement affectif envers les patients sera significativement plus élevé que les deux autres cibles d'engagement.</i>	Rejetée
<i>H3 : L'engagement affectif des PAB envers leur organisation influence positivement son niveau de conformité aux pratiques préventives en hygiène au travail.</i>	Soutenue
<i>H4 : L'engagement affectif des PAB envers leur profession influence positivement son niveau de conformité aux pratiques préventives en hygiène au travail.</i>	Soutenue
<i>H5 : L'engagement affectif des PAB envers les patients influence positivement son niveau de conformité aux pratiques préventives en hygiène au travail.</i>	Rejetée

### 5.1. Analyses descriptives

Les analyses descriptives et les tests de moyenne ont permis de répondre aux hypothèses 1 et 2. Tel qu'énoncé dans l'hypothèse 1, les PAB sont engagés à des niveaux significativement différents à chacune des trois cibles. Cette information, ainsi que la confirmation que nos variables ne se chevauchent pas, nous indique que les PAB perçoivent chacune de ces cibles de façon indépendante les unes aux autres.

Selon la théorie du processus de choix, le niveau d'engagement envers une cible sera plus élevé si celle-ci est proche de l'individu (Lawler, 1992). À la lumière de nos résultats, la cible d'engagement ayant le niveau le plus élevé est la profession. Ce résultat nous indique qu'il faut rejeter l'hypothèse 2 voulant que, selon la théorie du processus de choix, les cibles proximales suscitent des niveaux d'engagement plus élevés. En effet, la cible ayant obtenu le plus haut niveau est d'abord la profession (moy= 4,186), ensuite les patients (moy=3,060) et finalement l'organisation (moy=3,833). Nous pouvons expliquer ce phénomène par le fait que bien que les patients soient proches des PAB, ce ne sont pas à ces derniers que les PAB attribuent le sentiment de satisfaction lié à leur condition de travail comme le suggère la théorie du processus de choix. Le résultat concernant l'engagement organisationnel le place en troisième, ce qui concorde tout de même avec cette théorie. En effet, si la satisfaction au travail est d'abord attribuée aux cibles proximales, les cibles distales suscitent, quant à elles, de plus faibles niveaux d'engagement. Il est en effet plus difficile pour les individus d'attribuer une émotion positive à l'organisation puisqu'il s'agit d'entité intangible et impersonnelle. C'est probablement pour cette raison que les PAB sont tout de même en moyenne significativement plus engagés envers les patients qu'envers l'organisation.

Ainsi, ces résultats nous indiquent que les PAB sont en premiers lieu des individus engagés et impliqués auprès de leur profession. Ils sont fiers du métier qu'ils font et s'identifient à celui-ci. Nos résultats trouvent un appui dans la littérature, puisque ceux-ci concordent avec les moyennes des variables d'engagement organisationnel et envers la profession, obtenues par Meyer, Allen et Smith (1993), où l'engagement envers la profession était plus prononcé que l'engagement organisationnel chez une population d'infirmières. Les études qualitatives, citées dans la section sur l'engagement chez le personnel soignant, laissent aussi entendre

un haut niveau d'identification à la profession chez cette même population (McCabe et Garavan, 2008 ; McCabe et Sambrook, 2013).

Millward (1995) et de Kirpal (2004) ont également obtenu des résultats intéressants concernant l'orientation patient et l'orientation professionnelle. Millward (1995) a mis en lumière que les infirmières ayant une orientation portée vers le patient plutôt que la profession, occupent davantage des postes moins élevés hiérarchiquement et sont plus souvent des femmes. Puisqu'ici nous avons des postes de niveau hiérarchique peu élevés dans l'organisation et à prédominance féminine, il serait attendu que l'engagement envers les patients prenne beaucoup de place, toutefois cela entre en contradiction puisque l'engagement envers la profession dépasse l'engagement envers les patients. Pour sa part, Kirpal (2004) mit en lumière que l'orientation *patient* s'acquiert avec le temps et l'expérience. Dans nos résultats, puisque le nombre médian d'années d'expérience est de 8 et que la moyenne est de 11,15 années, ce qui est relativement élevé, il est cohérent que l'engagement envers les patients soit relativement élevé. Toutefois, il ne s'agit pas de la cible prédominante. Dans cette même étude, on remarque que l'engagement envers l'employeur est peu présente chez les infirmières; ce qui concorde avec nos résultats où il s'agit de la cible ayant le plus faible niveau d'engagement. Ces contradictions, quant à nos résultats et ceux de ces deux auteurs, nous suggèrent que les PAB se distinguent des infirmières quant à certains mécanismes relatifs à leur identification.

Soulevons également les résultats obtenus quant au niveau de performance. Tel que mentionné précédemment, ceux-ci sont relativement élevé (moy=9,0) ce qui pourrait s'expliquer par un biais de désirabilité sociale. Rappelons tout de même que les questionnaires étaient anonymes et confidentiels par conséquent, il nous apparaît peu probable que ce biais aie eu un impact important sur les résultats.

## 5.2. Analyses statistiques

Pour commencer, nos analyses nous indiquent qu'à elles seules, nos variables de contrôle contribuent à 4,3% de la variation de la conformité. Tel que mentionné précédemment, l'âge exerce une influence positive sur la conformité, contrairement à l'expérience et au type d'établissement. Ces résultats semblent, à première vue, contradictoires en ce qui concerne

l'âge et l'expérience puisque ces deux variables exercent des influences inverses alors qu'il s'agit de variables fortement liées l'une à l'autre. Nous avons d'ailleurs souligné que le niveau de corrélation entre ces deux variables était anormalement bas. Nous formulons l'hypothèse exploratoire que cela est peut-être engendré par la différence dans les échelles de mesure. En effet, l'échelle mesurant l'âge était formée de niveaux, alors que celle mesurant l'expérience était continue. Si ce phénomène n'est pas engendré par un problème d'ordre méthodologique, cela signifierait que les PAB âgés, mais cumulant moins d'expérience sont plus conformes, contrairement à ceux ayant débuté leur carrière en jeune âge. Nous ne nous attarderons pas davantage à cette question, puisque, rappelons-nous, que la relation négative entre la conformité aux règles d'hygiène et l'expérience était quand même très faible ( $\beta = -0,082$ ).

Bien qu'en moyenne, les PAB soient affectivement engagés à chacune des cibles que nous avons étudiées, c'est l'engagement envers l'organisation qui a le plus d'impact sur la conformité aux règles d'hygiène. Nous pouvons confirmer les hypothèses 3 et 4 ce qui signifie que l'engagement affectif du PAB, envers l'organisation et envers sa profession, est positivement associé au niveau de conformité aux pratiques préventives en hygiène au travail. Toutefois, les résultats des analyses ne permettent pas de soutenir l'hypothèse voulant que l'engagement affectif du PAB envers les patients soit positivement associé à son niveau de conformité aux pratiques préventives en hygiène au travail.

En ce qui concerne l'engagement envers l'organisation et la profession, ces résultats concordent avec la littérature. La force du lien est en effet de force semblable à ce qu'on retrouve dans les différentes méta-analyses portant sur l'engagement et la performance. Pour l'engagement organisationnel, les méta-analyses citées précédemment obtenaient des liens se situant entre 0,05 et 0,023 et généralement supérieurs à 0,10. Avec un Bêta de 0,155, cela correspond aux résultats obtenus dans la littérature. Pour ce qui est de l'engagement professionnel, ce type d'engagement a été moins souvent analysé dans les méta-analyses. Les deux méta-analyses que nous avons analysées avaient des scores de 0,21 et de 0,19. Ces résultats sont légèrement plus élevés que nos résultats qui se situent à 0,120. Cela peut simplement être dû à une mesure de la performance qui diffère de celles habituellement

utilisées. Ensemble, ces deux variables indépendantes expliquent 6,4% de la variation de la conformité aux règles d'hygiène.

En ce qui concerne l'absence de lien entre l'engagement envers les patients et la conformité aux règles d'hygiène, il est possible que cette cible d'engagement suscite d'autres types de performances que l'individu juge plus importantes pour le patient. En effet, la théorie de l'échange social et le principe de compatibilité soutiennent que l'individu adoptera des comportements valorisés par l'entité vers laquelle se dirige l'engagement. Ainsi, si le PAB croit que le patient souhaite recevoir des soins avec un haut niveau d'empathie et de respect, il s'agit probablement de type de comportement qui serait associé fortement à l'engagement envers les patients. Ces résultats nous indiquent qu'il est possible que les patients gardent implicites leurs attentes par rapport au comportement des PAB en regard de la santé au travail et ne verbalisent pas ces attentes, ce qui a pour conséquence que les PAB ne perçoivent tout simplement pas l'importance qu'accordent les patients à ce type de comportement.

Soulignons toutefois le faible niveau de variance observé dans les évaluations du niveau de performance. Dans ce genre de situation, il est plus difficile d'observer des relations significatives puisque la variable dépendante est presque invariable. Il serait donc pertinent de reproduire cette étude dans un milieu où la mise en pratique des mesures d'hygiène varie davantage de manière à évaluer l'incidence du niveau d'engagement affectif.

Nous pouvons conclure de ces résultats que pour sensibiliser les travailleurs aux bonnes pratiques, il est probable que dans leur formation ou sur le milieu de travail, l'accent ne soit pas mis sur l'attachement avec le patient, mais plutôt sur le fait de bien représenter sa profession et son organisation. Actuellement, les PAB pourraient associer davantage ces comportements à l'organisation. En effet, les règles d'hygiène sont probablement transmises au PAB par l'organisation sous forme de normes et de directives à suivre. Il est donc normal que les PAB associent ces comportements à l'organisation.

### 5.3. Contribution théorique, empirique et pratique

Au niveau théorique, cette étude apporte des contributions sur plusieurs volets, soit au niveau de l'instrument de mesure, d'une des cibles étudiées, de la définition de la performance et de

la population à l'étude. Les contributions d'ordre pratique concernent principalement la formation des PAB.

D'abord, nos analyses de fiabilité et de validité ont ajouté à l'appui de l'instrument francophone de Meyer et Allen (1991). En effet, l'engagement envers les patients n'avait été utilisé qu'une seule fois, dans l'étude de Stinglhamber, Bentein et Vandenberghe (2002). Du fait, nous ajoutons également à nos contributions l'étude de la cible *patient*, pour laquelle aucune étude ne s'était intéressée à ses conséquences. Cette étude tire aussi son originalité dans sa définition de la performance. En effet, aucune étude concernant l'engagement n'avait étudié la performance sous un œil de gestion de la santé au travail. En lien avec l'objectif ultime des établissements de santé, nous avons choisi de définir la performance par la conformité aux règles d'hygiène; gage d'un soin de qualité et de protection pour le PAB en contact avec les patients. Cette forme de performance n'avait en effet jamais été étudiée dans la littérature portant sur l'engagement.

La principale contribution empirique de ce mémoire se situe au niveau de la population étudiée. En effet, nous avons fait la démonstration que l'engagement chez les PAB n'avait été l'objet d'aucune étude; les études portant sur les établissements de santé s'étant intéressé principalement au personnel infirmier. D'ailleurs, soulignons que nous rencontrons des résultats similaires aux travaux d'Al-Ahmadi (2009) et de Teng *et al.* (2009) qui affirmaient respectivement que l'engagement organisationnel ( $\beta=0,255$ ) et l'engagement professionnel ( $0,12 < \beta < 0,19$  selon l'indicateur de performance) étaient en lien avec la performance des infirmières. Notons toutefois que nos résultats sont inférieurs en ce qui concerne l'engagement organisationnel, ce qui laisse penser à une différence dans les attitudes de ces deux professions.

Au niveau de contribution managériale, cette étude apporte surtout de nouvelles connaissances au niveau de la gestion de la santé et sécurité au travail. Ces nouvelles connaissances pourront être mises à profit au niveau de la formation du personnel en santé et sécurité au travail. En effet, nous connaissons désormais des leviers efficaces à la conformité aux règles d'hygiène, soit l'engagement envers l'organisation et envers la profession. Il serait donc avantageux pour les établissements de santé et d'enseignement de mettre l'accent sur ces leviers lors de l'apprentissage des règles de bases. Il serait important de faire comprendre

les conséquences des mauvais comportements en santé au travail pour les patients mais également pour le PAB à risque de contamination. Nous avons également vu que les PAB sont engagés envers les patients, mais que le respect des règles d'hygiène n'est peut-être pas perçu comme étant explicitement valorisé par ces derniers, ce qui explique l'absence de lien entre ces variables. Or, en démontrant que les patients accordent une importance à ces comportements directement liés à leur prompt rétablissement, cela pourrait influencer les PAB à se conformer davantage. Nous savons que les patients sont en contact direct avec les PAB et il en résulte donc que nous avons vu dans la littérature que les cibles proximales ont souvent un effet plus direct, l'engagement envers les patients pourrait devenir un levier efficace de la conformité aux règles d'hygiène afin d'atteindre les objectifs de performance associés à la qualité technique des soins tout en protégeant les travailleurs des risques présents dans leur environnement de travail.

#### 5.4. Limites

Nous sommes conscients que cette recherche comporte certaines limites. D'abord, rappelons que cette étude se situait dans un projet de recherche de plus grande envergure; du coup, les questions pertinentes à la présente étude se situaient à la fin d'un questionnaire déjà volumineux comprenant près de 20 pages. En plaçant ainsi la section sur l'engagement à la fin du questionnaire, il est possible que certaines personnes aient bâclé leurs réponses. Il doit toutefois s'agir de cas d'exception puisque les indices de fiabilité et de validité se sont montrés suffisants pour répondre aux normes prescrites dans la littérature.

De plus, il est parfois jugé inapproprié d'utiliser l'autoévaluation afin de mesurer la performance en raison du biais de désirabilité sociale. Toutefois, dans le cadre de cette étude, il a semblé que ce soit la mesure la plus appropriée puisqu'il aurait été impossible de faire de l'observation auprès d'autant d'individus, et que les PAB travaillent la plupart du temps seuls, ce qui rendait invalide une mesure évaluée par un superviseur. Toutefois, la garantie de la confidentialité des réponses favorise généralement des réponses honnêtes.

Bien que nous ayons dressé un bref portrait de tous les PAB du Québec, et que certaines caractéristiques sociodémographiques correspondent à notre échantillon, nous ne pouvons généraliser ces résultats à l'ensemble des PAB du Québec. En effet, la population à l'étude se

concentre auprès des PAB syndiqués avec les SCFP et travaillant dans un établissement francophone. Soulignons tout de même que cette population représente près de 12,5 % de tous les PAB du Québec.

Finalement, rappelons que, la variance totale expliquée, obtenue par le modèle étudié était de 0,102. Cela signifie que notre modèle explique seulement environ 10% de la variation de la conformité dans les règles d'hygiène.

#### 5.5. Pistes de recherches futures

Les résultats de cette étude indiquent plusieurs pistes de recherches intéressantes. Dans la littérature sur l'engagement, certains auteurs ont choisi de faire des profils selon les niveaux d'engagement; de tels profils pourraient être investigués chez les PAB.

Il serait également pertinent d'analyser les perceptions des PAB en regard des patients afin de mieux comprendre ce qui influence leurs comportements. Tel qu'il a été mentionné, comme l'engagement affectif envers les patients n'est pas un levier de conformité aux règles d'hygiène, d'autres attitudes, en lien avec le patient, influencent assurément ce type de comportements. Une étude exploratoire à ce sujet permettrait de mieux comprendre les raisons pour lesquelles un individu adhère ou non aux règles d'hygiène et permettrait de vérifier l'hypothèse quant à la perception qu'ont les PAB de l'importance de ces comportements pour le patient.

Le modèle tel qu'analysé dans cette étude impliquait aussi quelques variables contrôles, soit le sexe, l'âge, l'expérience, le type d'établissement et le statut d'emploi. Trois d'entre elles se sont montrées significativement associées avec la conformité aux règles d'hygiène. Il serait donc intéressant de mieux comprendre les mécanismes expliquant ces relations.

Aussi, en lien avec le modèle étudié, il serait pertinent d'intégrer d'autres facteurs influençant l'adoption des règles d'hygiène, outre les variables associées au comportement organisationnel. En effet, plusieurs facteurs organisationnels sont susceptibles d'influencer les comportements des individus, que ce soit au niveau de la culture ou des barrières associées aux conditions de travail. Il est également possible que d'autres attitudes influencent grandement les comportements adoptés tels que la motivation ou l'implication.

Un modèle intégrant des variables personnelles, attitudinales et organisationnelles permettrait probablement une compréhension plus exhaustive de l'adoption des règles d'hygiène.

Finalement, maintenant que nous savons qu'il existe un lien entre la performance dans l'application de pratique en santé au travail et l'engagement envers l'organisation et la profession, il serait intéressant d'étudier les déterminants de ces formes d'engagement. En effet, il serait ainsi plus facile de cibler des interventions efficaces visant une amélioration de la performance par le biais du levier de l'engagement.

## CONCLUSION

Ce mémoire avait pour objectif de déterminer l'influence de l'engagement envers différentes cibles sur la performance dans l'application des normes de bonnes pratiques en matière de prévention de INs chez les PAB. Plus précisément, nous avons choisi de mesurer la performance en matière de conformité avec les règles d'hygiène de base prescrites dans les guides de bonnes pratiques du ministère de la Santé et des Services Sociaux. Nous avons jugé cette mesure pertinente puisqu'elle correspond à la mission principale des établissements de santé de fournir des soins sécuritaires. Rappelons que ce projet mémoire s'est inséré dans une recherche de grande envergure portant sur la problématique des infections nosocomiales. En effet, il s'agit d'un problème important dans les établissements de santé pouvant affecter non seulement les patients, mais également les travailleurs. L'objectif sous-jacent de ce mémoire était donc de mettre en lumière des déterminants de la conformité aux règles d'hygiène, permettant ainsi d'éviter la propagation des INs. Grâce au partenariat avec le SCFP, nous avons eu accès à une population de PAB travaillant dans divers types d'établissements de santé à travers le Québec et à des ressources importantes qui facilitèrent la collecte de données.

Suite à nos analyses, nous avons mis en évidence que les PAB étaient engagés davantage envers leur profession qu'envers leur organisation ou leurs patients. Nos analyses de régression linéaire ont démontré que l'engagement organisationnel et envers la profession étaient des leviers significatifs à la conformité dans l'application des règles d'hygiène chez les PAB. Des résultats similaires ont été obtenus lors d'études portant sur les infirmières. Toutefois, l'engagement envers les patients ne s'est pas révélé être un antécédent significatif de la conformité aux règles d'hygiène. Nous avons conclu, par ces résultats, que les comportements de conformité aux normes de bonnes pratiques en cette matière, étaient perçus par les PAB comme étant probablement plus valorisés par l'organisation et par leur profession que par les patients. Cette hypothèse reste à vérifier dans le cadre de prochaines études.

Ces résultats alimentent le courant littéraire où l'adoption des comportements de prévention en santé au travail est analysée en fonction des attitudes des travailleurs. Ce type de connaissances permet de mieux cibler les interventions de prévention et contribue ainsi à une meilleure pratique en matière de prévention bénéfique à la fois pour le travailleur et pour le patient.

APPENDICE A

SECTIONS PERTINENTES DU QUESTIONNAIRE

**INFORMATIONS SUR LE RÉPONDANT**

1. Sexe :

Homme

Femme

2. Dans quel groupe d'âge vous situez-vous?

Moins de 20 ans

21-25 ans

26-30 ans

31-35 ans

36-40 ans

41-45 ans

46-50 ans

50 ans et plus

3. Depuis combien d'années pratiquez-vous le métier de préposé aux bénéficiaires?

\_\_\_\_\_an(s) \_\_\_\_\_mois

**Les questions qui suivent concernent le site où vous travaillez la plus grande proportion de votre temps de travail**

6. Indiquez le type(1) et le nom du site où vous travaillez la plus grande proportion de votre temps.

*Cochez un seul choix de réponses*

- <sub>1</sub> Hôpital : \_\_\_\_\_
- <sub>2</sub> Centre d'hébergement : \_\_\_\_\_
- <sub>3</sub> Institut Gériatrique (ex : Institut Gériatrique de Montréal ou de Sherbrooke): \_\_\_\_\_
- <sub>4</sub> Autre : spécifiez \_\_\_\_\_

7.1. Quel est votre statut :

- <sub>1</sub> Temps plein
- <sub>2</sub> Temps partiel
- <sub>3</sub> Temps partiel occasionnel

**VOS PRATIQUES (suite)**

Sur une échelle de 1 à 10, où 1 indique une performance médiocre et 10 une performance parfaite, conforme en tous points aux standards reconnus. **En général**, comment évaluez-vous **votre propre performance** quant aux pratiques recommandées suivantes :

*Encerclez le chiffre correspondant à votre réponse*

	En général, votre performance quant aux pratiques suivantes est:	Performance médiocre									Performance conforme aux standards
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Respect des mesures d'hygiène et de salubrité	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	Lavage des mains	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	Utilisation des gants	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4	Utilisation d'équipements de protection individuelle (masque, lunettes et blouse)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5	Manipulation et transport de matériel souillé	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6	Mesures reliées aux tâches de nettoyage et de désinfection	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**MES PATIENTS**

Indiquez votre niveau d'accord avec les affirmations suivantes (*Encerclez le chiffre approprié*)

		Niveau d'accord				
	<b>Patients</b>	Fortement en désaccord 1	En désaccord 2	Plus ou moins en désaccord 3	D'accord 4	Fortement en accord 5
1	Je me sens proche de mes patients	1	2	3	4	5
2	Je me sens affectivement attaché à mes patients	1	2	3	4	5
3	Mes patients représentent beaucoup pour moi	1	2	3	4	5
4	Je ne me sens pas spécialement attaché à mes patients	1	2	3	4	5
5	De manière générale, j'éprouve de la sympathie envers mes patients	1	2	3	4	5
6	Je m'identifie peu aux attentes de mes patients	1	2	3	4	5

**MA PROFESSION**

Indiquez votre niveau d'accord avec les affirmations suivantes (*Encerclez le chiffre approprié*)

		Niveau d'accord				
	<b>Profession</b>	Fortement en désaccord 1	En désaccord 2	Plus ou moins en désaccord 3	D'accord 4	Fortement en accord 5
7	Ma profession représente beaucoup pour moi	1	2	3	4	5
8	Je suis fier de la profession que j'exerce	1	2	3	4	5
9	Je suis enthousiaste envers ma profession	1	2	3	4	5
10	Je ne me sens pas affectivement attaché à ma profession	1	2	3	4	5
11	Je n'éprouve pas un fort sentiment d'appartenance à ma profession	1	2	3	4	5
12	Je ne m'identifie pas à ma profession	1	2	3	4	5

### MON ÉTABLISSEMENT

Indiquez votre niveau d'accord avec les affirmations suivantes (*Encerclez le chiffre approprié*)

		Niveau d'accord				
		Fortement en désaccord 1	En désaccord 2	Plus ou moins en désaccord 3	D'accord 4	Fortement en accord 5
	<b>Organisation = Établissement</b>					
13	J'éprouve vraiment un sentiment d'appartenance à mon organisation	1	2	3	4	5
14	Mon organisation représente beaucoup pour moi	1	2	3	4	5
15	Je suis fier d'appartenir à cette organisation	1	2	3	4	5
16	Je ne me sens pas affectivement attaché à mon organisation	1	2	3	4	5
17	Je n'ai pas le sentiment de " faire partie de la famille " dans mon organisation	1	2	3	4	5
18	Je ressens vraiment les problèmes de mon organisation comme si c'étaient les miens	1	2	3	4	5

APPENDICE B

T-TEST POUR ÉCHANTILLONS DÉPENDANTS

Tableau B.1. T-Test pour échantillons dépendants

Paires	Différences appariées					t	ddl	Sig bilatérale
	Moy.	Écart- type	E.S. moy.	Intervalle de conf.95% de la diff.				
				Inf	Sup.			
Eng. Org. et Eng. Pat.	0,225	0,863	0,029	0,169	0,282	7,852	903	0,000
Eng. Pat. et Eng. Prof	-0,129	0,742	0,025	-0,178	-0,081	-5,269	911	0,000
Eng. Org et Eng. Prof.	0,357	0,814	0,027	-0,410	-0,304	-13,218	906	0,000

APPENDICE C

ANALYSE DE RÉGRESSION LINÉAIRE

Tableau C.1. Coefficient de l'analyse de régression linéaire

Variables	Conformité aux règles d'hygiène de base						
	Coefficients non-standardisés		C. standardisés		Statistiques de colinéarité		
	<i>B</i>	<i>SE</i>	$\beta$	<i>T</i>	<i>Sig</i>	Tolérance	<i>VIF</i>
<b>Étape 1 (constante)</b>	8,729	0,224		39,913	0,000		
Sexe	0,024	0,88	0,010	0,275	0,784	0,892	1,121
Âge	0,100	0,19	0,208	5,403	0,000	0,776	1,289
Expérience	-0,014	0,005	-0,126	-3,080	0,002	0,685	1,459
Type d'établissement	0,262	0,071	-0,131	-3,707	0,000	0,924	1,082
Statut	0,101	0,077	0,050	1,316	0,188	0,782	1,279
<b>Étape 2 (constante)</b>	6,916			21,352	0,000		
Sexe	-0,010	0,085	-0,004	-0,120	0,905	0,884	1,131
Âge	0,073	0,018	0,151	3,965	0,000	0,733	1,364
Expérience	-0,009	0,004	-0,082	-2,049	0,041	0,663	1,509
Type d'établissement	-0,248	0,070	-0,124	-3,556	0,000	0,884	1,131
Statut	0,127	0,074	0,064	1,725	0,085	0,780	1,282
Engagement affectif envers l'organisation	0,183	0,045	0,155	4,031	0,000	0,724	1,381
Engagement affectif envers la profession	0,197	0,063	0,120	3,146	0,002	0,737	1,357
Engagement affectif envers les patients	0,098	0,053	0,069	1,845	0,065	0,757	1,321

## BIBLIOGRAPHIE

- Ajzen, Icek, et Martin Fishbein. 1973. «Attitudinal and normative variables as predictors of specific behaviors». *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 27, no 1, p. 41-57.
- , 1977. «Attitude-Behavior Relations: A Theoretical Analysis and Review of Empirical Research». *Psychological Bulletin*, vol. 84, no 5, p. 888-918.
- Al-Ahmadi, Hanan. 2009. «Factors affecting performance of hospital nurses in Riyadh Region, Saudi Arabia». *International Journal of Health Care*, vol. 22, no 1, p. 40-54.
- Allen, N. J., et J. P. Meyer. 1990. «The measurement and antecedents of affective, continuance, and normative commitment to the organization.». *Journal of Occupational Psychology*, vol. 63, p. 1-18.
- , 1996. «Affective, continuance, and normative commitment to the organization: an examination of construct validity». *Journal of Vocational Behavior*, vol. 49, no 3, p. 252-276.
- Angelillo, I.F., A. Mazziotta et G. Nicotera. 1999. «Nurses and hospital infection control: Knowledge, attitudes and behaviour of Italian operating theatre staff». *Journal of Hospital Infection*, vol. 42, p. 105-112.
- Angle, Harold L., et Marian B. Lawson. 1994. «Organizational Commitment and Employees' Performance Ratings: Both Type of Commitment and Type of Performance Count». *Psychological Reports*, vol. 75, p. 1539-1551.
- Arrow, Kenneth J. 1963. «Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care». *The American Economic Review*, vol. 53, no 5, p. 941-973.
- Battistelli, Adalgisa, Maura Galletta, Igor Portoghese et Christian Vandenberghe. 2013. «Mindsets of Commitment and Motivation: Interrelationships and Contribution to Work Outcomes». *The Journal of Psychology*, vol. 147, no 1, p. 17. In

ABI/INFORM Complete. En ligne.  
<<http://search.proquest.com/docview/1197624057?accountid=14719>>.

- Becker, H. S. 1960. «Notes on the concept of commtiment». *American Journal of Sociology*, vol. 66, p. 32-42.
- Becker, T. E. 2009. «Interpersonal Commitments». In *Commitment in Organizations. Accumulated Wisdom and New Direction*, H. J. Klein, T. E. Becker et J. P. Meyer, p. 137-178. New-York: Routledge, Taylor and Francis Group.
- Becker, T. E., R. S. Billings, D.M Eveleth et N.L. Gilbert. 1996. «Foci and bases of employee commitment: Implications for job performance». *Academy of Management Journal*, vol. 39, no 2, p. 464-482.
- Becker, Thomas E. 1992. «Foci and Bases of Commitment: Are they Distinctions Worth Making?». *Academy of Management Journal*, vol. 35, no 1, p. 232.
- Becker, Thomas E., et Robert S. Billings. 1993. «Profiles of commitment: An empirical test». *Journal of Organizational Behavior*, vol. 14, p. 177-190.
- Bentein, K., F. Stinglhamber et C. Vandenberghe. 2002. «Organization-, supervisor-, and workgroup-directed commitments and citizenship behaviours : A comparison of models». *European Journal of Work and Organizational Psychology*, vol. 11, p. 341-362.
- Bentein, K., R.J. Vandenberg, C. Vandenberghe et F. Stinglhamber. 2005. «The role of change in the relationship between commitment and turnover: A latent growth modeling approach». *Journal of Applied Psychology*, vol. 90, p. 468-482.
- Bentein, Kathleen, Florence Stinglhamber et Christian Vandenberghe. 2000. «L'engagement des salariés dans le travail». *revue québécoise de psychologie*, vol. 21, no 3, p. 133-157.
- Bentein, Kathleen, Christian Vandenberghe et Tanguy Dulac. 2004. «Engagement organisationnel de continuité et indicateurs d'efficacité au travail». *Revue de gestion des ressources humaines*, vol. 53, p. 69-79.

- Blais, A., et C. Durand. 2009. «le sondage». In *Recherche sociale. De la problématique à la collecte des données*, 5ième édition, p. p.445-487. Québec: Presse de l'Université du Québec.
- Blau, G. J. 1988. «Futher exploring the meaning and measurement of career commitment». *Journal of Vocational Behavior*, vol. 32, p. 284-297.
- Blau, G. J. . 1985. «The measurement and prediction of career commitment». *Journal of Occupational Psychology*, vol. 58, p. 277-288.
- Blau, G. J., A. Paul et N. St.-John. 1993. «On developing a general index of work commitment». *Journal of Vocational Behavior*, vol. 42, p. 298-314.
- Blau, Gary. 2003. «Testing for a four-dimensional structure of occupational commitment». *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, vol. 76, p. 469-488.
- , 2009. «Can a four-dimensional model of occupational commitment help to explain intent to leave one's occupation?». *Career Development International*, vol. 14, no 2, p. 116-132.
- Blau, Gary, et E. Blair Holladay. 2006. «Testing the discriminant validity of a four-dimensional occupational commitment measure». *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, vol. 79, no 4, p. 691-704.
- Blau, P.M. 1964. *Exchange and power in social life*. New-York: Wiley p.
- Boyle, B. A. 1997. «A multi-dimensional perspective on salesperson commitment.». *Journal of Business & Industrial Marketing*, vol. 12, no 6, p. 354-367.
- Bryman, A., et E. Bell. 2007. «Research designs». In *Business research methods*, 2e édition, p. 38-73. New-York: Oxford University Press.
- Canada, Conseil de recherches en sciences humaines du, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada et Instituts de recherche en santé du Canada (2010). *l'Énoncé de politique des trois conseils : éthique de la recherche avec des êtres humains*: 240 p

- Carson, K. D., et A. G. Bedeian. 1994. «Career commitment: Construction of a measure and examination of its psychometric properties». *Journal of Vocational Behavior*, vol. 44, p. 237-262.
- Caykoylu, Sinan, Carolyn P. Egri, Stephen Havlovic et Christine Bradley. 2011. «Key organizational commitment antecedents for nurses, paramedical professionals and non-clinical staff». *Journal of Health Organization and Management*, vol. 25, no 1, p. 7-33. In *ABI/INFORM Complete*. En ligne. <http://search.proquest.com/docview/859633605?accountid=14719>
- Chênevert, Denis, Genevieve Jourdain, Nona Cole et Brigitte Banville. 2013. «The role of organisational justice, burnout and commitment in the understanding of absenteeism in the Canadian healthcare sector». *Journal of Health Organization and Management*, vol. 27, no 3, p. 350-367. In *ABI/INFORM Complete*. En ligne. <http://search.proquest.com/docview/1370347382?accountid=14719>
- Cohen, A. 1991. «Career stage as a moderator of the relationships between organizational commitment and its outcomes: A meta-analysis». *Journal of Occupational Psychology*, vol. 64, p. 253-268.
- Cohen, A., et N. Hudecek. 1993. «Organizational commitment-turnover relationship across occupational groups: A meta-analysis». *Group and organizational Management*, vol. 18, p. 188-213.
- Cohen, Jacob. 2003. *Applied Multiple Regression - Correlation Analysis for the Behavioral Sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 703 p.
- Cooper-Hakim, A., et C. Viswesvaran. 2005. «The construct of work commitment: testing an integrative framework». *Psychological Bulletin*, vol. 131, p. 241-259.
- Field, Andy. 2005. *Discovering Statistics Using SPSS*, 2 edition. Thousand Oaks: Sage Publications, 779 p.
- Fischer, Ronald, et Angela Mansell. 2009. «Commitment across cultures: A meta-analytical approach». *Journal of International Business Studies*, vol. 40, p. 1339-1358.
- Galletta, Maura, Igor Portoghese et Adalgisa Battistelli. 2011. «Intrinsic Motivation, Job Autonomy and Turnover Intention in the Italian Healthcare: The Mediating Role of

Affective Commitment». *Journal of Management Research*, vol. 3, no 2, p. 1-19. In  
*ABI/INFORM Complete*. En ligne.  
<http://search.proquest.com/docview/871355771?accountid=14719>

Gouldner, Alvin W. 1957. «Cosmopolitans and Locals: Toward an Analysis of Latent Social Roles-I». *Administrative Science Quarterly*, vol. 2, p. 281-306.

-----, 1958. «Cosmopolitans and Locals: Toward an Analysis of Latent Social Roles-II». *Administrative Science Quarterly*, vol. 4, p. 444-480.

Groupe d'hygiène et salubrité au regard de la lutte aux infections nosocomiales (2006). Lignes directrices en hygiène et salubrité, analyse et concertation. Ministère de la Santé et des Services Sociaux: 52 p

Hackett, Rick D., Peter Bycio et Peter A. Hausdorf. 1994. «Further Assessments of Meyer and Allen's (1991) Three-Component Model of Organizational Commitment». *Journal of Applied Psychology*, vol. 79, no 1, p. 15-23.

Hall, D. 1971. «A theoretical model of career subidentity development in organizational settings». *Organizational Behavior and Human Performance*, vol. 6, no 1, p. 50-76.

Irving, P. G., D. F. Coleman et C. L. Cooper. 1997. «Further assessment of a three-component model of occupational commitment: Generalizability and differences across occupations». *Journal of Applied Psychology*, vol. 82, p. 444-452.

Kanter, R. M. 1968. «Commitment and social organization: A study of commitment mechanisms in utopian communities». *American Sociological Review*, vol. 33, no 4, p. 499-517.

Kirpal, Simone. 2004. «Work identities of nurses». *Career Development International*, vol. 9, no 3, p. 274-304.

Klein, H. J., T. E. Becker et J. P. Meyer. 2009. *Commitment in Organization. Accumulated Wisdom and New Directions*. Coll. «The Organizational Frontiers Series». New-York: Routledge, 492 p.

Klein, H. J., J. C. Molloy et T. Cooper. 2009. «Conceptual Foundations: Constructs Definitions and Theoretical Representations of Workplace Commitments». In

*Commitment in Organization. Accumulated Wisdom and New Directions*, H. J. Klein, T. E. Becker et J. P. Meyer, p. 3-36. New-York: Routledge.

Larousse. 2012. «Dictionnaire de français». En ligne. <<http://www.larousse.fr/>>. Consulté le 12 juillet 2013.

Lawler, E. J. 1992. «Affective Attachments to Nested Groups: A choice-Process Theory». *American Journal of Sociology*, vol. 57, p. 327-339.

Le Comité canadien sur la résistance aux antibiotiques (2007). Pratiques exemplaires de la prévention et du contrôle des infections pour les soins de longue durée, les soins à domicile et les soins communautaires, y inclus les bureaux de soins de santé et les cliniques de soins ambulatoires.: 56 p

Lee, Kibeom, Julie J. Carswell et Natalie J. Allen. 2000. «A Meta-Analytic Review of Occupational Commitment: Relations With Person- and Work-Related Variables». *Journal of Applied Psychology*, vol. 85, no 5, p. 799-811.

Lewin, K. 1943. «Defining the «field at a given time»». *Psychological Review*, vol. 50, no 3, p. 292-310.

Lewis, K. PhD M. P. H. C. P. H., et J. PhD Thompson. 2009. «Health Care Professionals' Perceptions and Knowledge of Infection Control Practices in a Community Hospital». *The Health Care Manager*, vol. 28, no 3. En ligne. <<http://proquest.umi.com/pqdweb?did=1848649631&Fmt=7&clientId=13816&RQT=309&VName=PQD>>.

Mansour, Jamal Ben, Myriam Chiniara et Kathleen Bentein. 2009. «L'engagement envers le groupe de travail et le supérieur». In *Comportement organisationnel*, de Boeck, p. 307-338. Bruxelles.

Mathieu, J. E., et D. M. Zajac. 1990. «A review and meta-analysis of the antecedents, correlates, and consequences of organizational commitment». *Psychological Bulletin*, vol. 108, p. 171-194.

McAulaya, Brian J. , Gerald Zeitz et Gary Blau. 2006. «Testing a “Push–Pull” theory of work commitment among organizational professionals». *The Social Science Journal*, vol. 43, p. 571-596.

- McCabe, T. J., et Sally Sambrook. 2013. «Psychological contracts and commitment amongst nurses and nurse managers: A discourse analysis». *International Journal of Nursing Studies*, vol. 50, no 7, p. 954-967. In *Biological Sciences*. En ligne. <<http://search.proquest.com/docview/1357494447?accountid=14719>>
- McCabe, Thomas Joseph, et Thomas N. Garavan. 2008. «A study of the drivers of commitment amongst nurses». *Journal of European Industrial Training*, vol. 32, no 7, p. 528-568. In *ABI/INFORM Complete*. En ligne. <<http://search.proquest.com/docview/215383088?accountid=14719>>.
- McNeese-Smith, Donna K., et Margaret Nazarey. 2001. «A nursing shortage: Building organizational commitment among nurses / Practitioner application». *Journal of Healthcare Management*, vol. 46, no 3, p. 173-186; discussion 186-177. In *ABI/INFORM Complete*. En ligne. <<http://search.proquest.com/docview/206727142?accountid=14719>>.
- Meyer, J. P. 2009. «Commitment in a Changing World of Work». In *Commitment in Organizations. Accumulated Wisdom and New Direction*, H. J. Klein, T. E. Becker et J. P. Meyer, p. 37-95. New-York: Routledge, Taylor and Francis Group.
- Meyer, J. P., et N. J. Allen. 1984. «Testing the "side-bet theory" of organizational commitment: Some methodological considerations». *Journal of Applied Psychology*, vol. 69, no 3, p. 372-378.
- Meyer, J. P., N. J. Allen et I. R. Gellatly. 1990. «Affective and continuance commitment to the organizations: Evaluation of measures and analysis of concurrent and time-lagged relations». *Journal of Applied Psychology*, vol. 75, no 6, p. 710-720.
- Meyer, John P., et Natalie J. Allen. 1991. «A Three-component conceptualization of Organizational Commitment». *Human Resource Management Review*, vol. 1, no 1, p. 61-89.
- , 1997. *Commitment in the Workplace: theory, research and application*. Thousand Oaks: Sage, 150 p.
- Meyer, John P., Natalie J. Allen et Catherine A. Smith. 1993. «Commitment to Organizations and Occupations: Extension and test of a Three-Component Conceptualization». *Journal of Applied Psychology*, vol. 78, no 4, p. 538-551.

- Meyer, John P., et Lynne Herscovitch. 2001. «Commitment in the workplace Toward a general model». *Human Ressource Management Review*, vol. 11, p. 299-326.
- Meyer, John P., David J. Stanley, Lynne Herscovitch et Laryssa Topolnytsky. 2002. «Affective, Continuance, and Normative Commitment to the Organization: A Meta-analysis of Antecedents, Correlates, and Consequences». *Journal of Vocational Behavior*, vol. 61, p. 20-52.
- Meyer, John P., David J. Stanley, Timothy A. Jackson, Kate J. Mc Innis, Elyse R. Maltin et Leah Sheppard. 2012. «Affective, normative, and continuance commitment levels across cultures: A meta-analysis». *Journal of Vocational Behavior*, vol. 80, p. 225-245.
- Millward, Lynne J. 1995. «Contextualizing social identity in considerations of what it means to be a nurse». *European Journal of Social Psychology*, vol. 25, p. 303-324.
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. 2011. «Aides-infirmiers/aides-infirmières, aides-soignants/aides-soignantes et préposés/préposées aux bénéficiaires (3413), Sommaire». En ligne. [http://www.imt.emploiquebec.net/mtg/inter/noncache/contenu/asp/mtg122\\_sommpr ofs\\_01.asp?lang=FRAN&Porte=1&cregncomp1=QC&PT4=53&aprof=3413&PT3=10&type=02&PT2=21&pro=3413&cregn=QC&PT1=1&motCNP=3413](http://www.imt.emploiquebec.net/mtg/inter/noncache/contenu/asp/mtg122_sommpr ofs_01.asp?lang=FRAN&Porte=1&cregncomp1=QC&PT4=53&aprof=3413&PT3=10&type=02&PT2=21&pro=3413&cregn=QC&PT1=1&motCNP=3413).
- Morrow, P.C. 1983. «Concept of redundancy in Organizational Research : The Case of Work Commitment». *The Academy of Management Review*, vol. 8, no 3, p. 486-500.
- , 1993. *The theory and measurement of work commitment*, 202 t. Greenwich, CT: JAI Press. p.
- Mowday, R.T., L.W. Porter et R.M. Steers. 1982. *Employee-organization linkages: the psychology of commitment, absenteeism, and turnover*. New-York: p.
- Mowday, R.T., R.M. Steers et L.W. Porter. 1979. «The measurement of organizational commitment». *Journal of Vocational Behavior*, vol. 14, p. 224-247.
- Nogueras, Debbie J. 2006. «Occupational Commitment, Education, and Experience as a Predictor of Intent to Leave the Nursing Profession». *Nursing Economic*, vol. 24, no 2, p. 86-93.

- Office québécois de la langue française. 2002. «Le grand dictionnaire terminologique». Gouvernement du Québec. En ligne. <<http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/>>. Consulté le 12 juillet 2013.
- Pittet, Didier. 2004. «The lowbury lecture: behaviour in infection control». *Journal of Hospital Infection*, vol. 58, p. 1-13.
- Porter, L.W., R.M. Steers, R.T. Mowday et P.V. Boulian. 1974. «Organizational Commitment, Job satisfaction, and turnover among psychiatric technicians». *Journal of Applied Psychology*, vol. 59, no 3, p. 603-609.
- Reichers, E.A. 1985. «A Review and Reconceptualization of Organizational Commitment». *The Academy of Management Review*, vol. 10, no 3, p. 465-476.
- , 1986. «Conflict and Organizational Commitments». *Journal of Applied Psychology*, vol. 71, no 3, p. 508-514.
- Ressources humaines et Développement des compétences Canada. 2013. «CNP 3413 Aides-infirmiers/aides-infirmières, aides-soignants/aides-soignantes et préposés/préposées aux bénéficiaires». En ligne. <<http://www30.hrsdc.gc.ca/NOC/Francais/CNP/2006/RechercheRapide.aspx?val65=3413>>. Consulté le 9 août 2013.
- Riketta, M. 2002. «Attitudinal organizational commitment and job performance: A meta-analysis». *Journal of Organizational Behavior*, vol. 23, p. 257-266.
- Riketta, Michael. 2008. «The Causal Relation Between Job attitudes and Performance: A Meta-Analysis of Panel Studies». *Journal of Applied Psychology*, vol. 93, no 2, p. 474-481.
- Riketta, Michael, et Rolf Van Dick. 2005. «Foci of attachment in organizations: A meta-analytic comparison of the strength and correlates of workgroup versus organizational identification and commitment». *Journal of Vocational Behavior*, vol. 67, p. 490-510.
- Roussel, Patrice. 2005. «Méthodes de développement d'échelles pour questionnaires d'enquêtes». In *Management des ressources humaines, Méthodes de recherche en sciences humaines et sociales*, Patrice Roussel et Frédéric Wacheux, p. 245-276. Bruxelles: De boek.

- SCFP (2009). Infections associées aux soins de santé : document d'information En ligne. <<http://scfp.ca/soins-de-sante/infections-associees-aux-soins-de-sante>>.
- Sicotte, Claude, François Champagne et André-Pierre Contandriopoulos. 1999. «La performance organisationnelle des organismes publics de santé». *Ruptures, revue interdisciplinaire en santé*, vol. 6, no 1, p. 34-46.
- Sider, M. A., G. George et R. Dharwadkar. 2001. «The relationship of internal and external commitment foci to objective job performance measures. ». *Academy of Management Journal.*, vol. 44, no 3, p. 570-579.
- Simola, Sheldene. 2011. «Relationship between occupational commitment and ascribed importance of organisational characteristics». *Education & Training*, vol. 53, no 1, p. 67-81. In *ABI/INFORM Complete; ProQuest Social Sciences Premium Collection*. En ligne. <<http://search.proquest.com/docview/848002457?accountid=14719>>.
- Snape, E., et T. Redman. 2003. «An evaluation of a three-component model of occupational commitment: Dimensionality and consequences among United Kingdom human resource management specialists». *Journal of Applied Psychology*, vol. 88, p. 152-159.
- Stafford, Jean, et Paul Bodson. 2006. *L'analyse multivariée avec SPSS*. Saint-Foy: Presses de l'université du Québec, 245 p.
- Stinglhamber, Florence, Kathleen Bentein et Christian Vandenberghe. 2002. «Extension of the Three-Component Model of Commitment to Five Foci». *European Journal of Psychological Assessment*, vol. 18, no 2, p. 123-138.
- Teng, Ching-I, Yu-Tzu Dai, Yea-Ing Lotus Shyu, May-Kuen Wong, Tsung-Lan Chu et Ying-Huang Tsai. 2009. «Professional Commitment, Patient Safety, and Patient-Perceived Care Quality». *Health Policy and Systems*, vol. 41, no 3, p. 301-309.
- Tett, R. P., et J. P. Meyer. 1993. «Job satisfaction, organizational commitment, turnover intention, and turnover: Path analyses based on meta-analytic findings». *Personnel Psychology*, vol. 46, p. 253-293.

- Vandenberghe, C. 2009. «Organizational Commitments». In *Commitment in Organizations. Accumulated Wisdom and New Directions* : , H. J. Klein, T. E. Becker et J. P. Meyer, p. 99-135. New-York: Routledge, Taylor and Francis Group.
- Vandenberghe, C., K. Bentein, R. Michon, J.-C. Chebat, M. Tremblay et J.-F. Fils. 2007. «An examination of the role of perceived support and employee commitment in employee-customer encounters. ». *Journal of Applied Psychology*, vol. 92, p. 1177-1187.
- Vandenberghe, C., F. Stinglhamber, K. Bentein et T. Delhaise. 2001. «An examination of the cross-cultural validity of a multidimensional model of commitment in Europe». *Journal of Cross-Cultural Psychology*, vol. 32, p. 322-347.
- Vandenberghe, Christian, Kathleen Bentein et Florence Stinglhamber. 2004. «Affective commitment to the organization, supervisor, and work group: Antecedents and outcomes». *Journal of Vocational Behavior*, vol. 64, no 1, p. 47-71. In *ABI/INFORM Complete*. En ligne. <http://search.proquest.com/docview/197993733?accountid=14719>.
- Wallace, J. E. 1993. «Professional and organizational commitment: Compatible or incompatible?». *Journal of Vocational Behavior*, vol. 42, p. 333-349.
- Weng, Qingxiong, et James C. McElroy. 2012. «Organizational career growth, affective occupational commitment and turnover intentions». *Journal of Vocational Behavior*, vol. 80, no 2, p. 256. In *ABI/INFORM Complete*. En ligne. <http://search.proquest.com/docview/927125916?accountid=14719>.
- Wiener, Y., et Y. Vardi. 1980. «Relationships Between Job, Organization, and Career Commitments and Work Outcomes: An Integrative Approach». *Organizational Behavior and Human Performance*, vol. 26, p. 81-96.
- Yergeau, E. 2013. «Site SPSS de l'Université de Sherbrooke». En ligne. <http://pages.usherbrooke.ca/spss/>. Consulté le 07 juin.