

Intelligence artificielle et reconnaissance implicite des soignants : cadre conceptuel et enseignement d'une étude qualitative multi-cas en milieu hospitalier.

Artificial intelligence and implicit recognition of caregivers: conceptual framework and lessons learned from a multi-case qualitative study in a hospital setting.

SEDO Kodjovi W. Sénana

Maitre de Conférences Agrégé en Sciences de Gestion,
Faculté des Sciences Economiques et de Gestion (FaSEG)
Laboratoire de Recherche en Sciences Economiques et de Gestion,
Université de Kara - Togo.

GLIDJA Baï M. Judith

Professeur Titulaire en Science de Gestion,
Faculté des Sciences Economiques et de Gestion (FaSEG)
Laboratoire de Recherche en Gouvernance des Organisations,
Université d'Abomey-Calavi, Bénin

BATIGHE Nilimon

Doctorante,
Faculté des Sciences Economiques et de Gestion (FaSEG)
Laboratoire de Recherche en Sciences Economiques et de Gestion,
Université de Kara - Togo.

Date de soumission : 26/08/2025

Date d'acceptation : 29/10/2025

Digital Object Identifier (DOI) : www.doi.org/10.5281/zenodo.17603697

RESUME

La reconnaissance implicite, entendue comme la valorisation des efforts invisibles des soignants, constitue un levier essentiel du bien-être et de l'engagement au travail, bien qu'elle demeure difficile à objectiver et à gérer. Cette recherche examine la contribution potentielle de l'intelligence artificielle (IA) à la détection des signaux faibles de reconnaissance implicite et à l'appui des pratiques managériales en milieu hospitalier. Une approche qualitative multi-cas a été menée dans deux hôpitaux publics togolais, à partir de vingt entretiens semi-directifs analysés thématiquement à l'aide de NVivo. Trois résultats majeurs se dégagent : la centralité de la reconnaissance implicite dans la motivation des soignants, l'insuffisance des dispositifs formels pour la repérer et la valoriser, et une perception ambivalente de l'IA, perçue comme un outil d'aide à la vigilance mais nécessitant une médiation humaine. L'étude propose un cadre conceptuel « IA-Reconnaissance implicite » articulant détection des signaux faibles, inférence automatisée et intervention humaine, assorti de principes éthiques de transparence et de minimisation des données. Ces résultats ouvrent des perspectives opérationnelles pour une intégration éthique de l'IA dans les pratiques de reconnaissance en milieu hospitalier. Les limites tiennent à la taille restreinte de l'échantillon et au caractère auto-rapporté des données, invitant à des investigations futures quantitatives et longitudinales.

Mots-clés : Intelligence artificielle, gestion hospitalière, reconnaissance au travail, reconnaissance implicite, contrat psychologique.

ABSTRACT:

Implicit recognition, understood as the appreciation of the invisible efforts of healthcare workers, is a key driver of well-being and engagement at work, although it remains difficult to quantify and manage. This research examines the potential contribution of artificial intelligence (AI) to detecting weak signals of implicit recognition and supporting managerial practices in hospital settings. A multi-case qualitative approach was conducted in two Togolese public hospitals, based on twenty semi-structured interviews analyzed thematically using NVivo. Three major findings emerge: the centrality of implicit recognition in healthcare workers' motivation, the inadequacy of formal mechanisms for identifying and valuing it, and an ambivalent perception of AI, seen as a tool to aid vigilance but requiring human mediation. The study proposes a conceptual framework, "AI-Implicit Recognition," that combines weak signal detection, automated inference, and human intervention, along with ethical principles of transparency and data minimization. These results open up operational perspectives for the ethical integration of AI into recognition practices in hospital settings. The limitations stem from the small sample size and the self-reported nature of the data, calling for future quantitative and longitudinal investigations.

Keywords: Artificial intelligence; hospital management; recognition at work; implicit recognition; psychological contract

INTRODUCTION

La reconnaissance des efforts des professionnels de santé constitue un enjeu majeur pour le bien-être, l'engagement et la rétention du personnel hospitalier (Honneth, 1995 ; Dejours, 1993). Alors que les dispositifs, tels que les évaluations annuelles, les primes ou les promotions existent, une grande partie des contributions quotidiennes des soignants demeure invisible et peu valorisée. Cette reconnaissance implicite, définie comme la valorisation des efforts non formalisés et souvent non verbalisés, est essentielle pour maintenir le contrat psychologique et limiter le stress, l'épuisement professionnel et le turnover (Rousseau, 1995 ; Bakker et Demerouti, 2017). La crise sanitaire liée au COVID 19 a accentué cette problématique, révélant les limites des systèmes traditionnels de gestion des ressources humaines pour détecter et répondre aux besoins implicites des équipes (Shanafelt et al., 2020).

Dans ce contexte, l'intelligence artificielle (IA) apparaît comme un outil potentiel pour soutenir la gestion des ressources humaines en milieu hospitalier. Grâce à sa capacité à traiter de grandes quantités de données et à détecter des signaux faibles, l'IA pourrait aider à identifier des besoins implicites non exprimés et à guider les interventions managériales de manière proactive (Garg et al., 2021 ; Marler et Boudreau, 2017). Néanmoins, cette approche soulève questions, notamment sur la place de l'humain, le respect de la vie privée et le risque de déshumanisation des relations professionnelles (Cascio et Montealegre, 2016).

L'objectif de cette recherche est donc d'explorer comment l'IA peut contribuer à la reconnaissance implicite des soignants en milieu hospitalier, en mettant en lumière les perceptions des acteurs concernés, les besoins invisibles qu'ils expriment et les conditions d'un déploiement éthique et efficace. Plus spécifiquement, cette étude vise à : identifier les besoins implicites des soignants et les formes de reconnaissance existantes, examiner le rôle perçu de l'IA dans la détection et la gestion de ces besoins, et proposer un cadre conceptuel intégrant IA et interventions humaines pour renforcer la reconnaissance implicite tout en préservant la qualité relationnelle.

Ainsi, l'introduction de l'IA dans le management hospitalier ne se limite pas à une question technologique, mais constitue un levier stratégique pour la GRH, en articulant innovation, éthique et bien-être des professionnels. La section suivante présente le cadre théorique mobilisé et les concepts clés de reconnaissance implicite, de contrat psychologique et d'intelligence artificielle appliquée aux ressources humaines.

1. REVUE DE LITTÉRATURE

L'étude de la reconnaissance au travail s'est imposée comme un axe central des recherches en gestion des ressources humaines, en particulier dans organisationnels caractérisés par une forte intensité émotionnelle et relationnelle, tels que les hôpitaux. Afin de mieux cerner les contours théoriques et analytiques, il est nécessaire de revenir sur les principaux concepts mobilisés, en commençant par la connaissance au travail, sa spécificité en contexte hospitalier et ses différentes formes, avant d'aborder les apports de l'intelligence dans le champ de la gestion des ressources humaines et son articulation avec la reconnaissance implicite.

1.1.Reconnaissance au travail : typologie et enjeux

La reconnaissance au travail constitue un élément central de la motivation et du bien-être des employés. Elle peut se définir comme l'ensemble des gestes, pratiques et dispositifs par lesquels l'organisation ou les collègues valorisent les compétences, l'engagement et les efforts réalisés par les salariés (Honneth, 1996 ; Rousseau, 2001). Plusieurs typologies ont été proposées dans la littérature. D'une part, la reconnaissance formelle ou institutionnelle renvoie aux pratiques officielles de valorisation, telles que les promotions, primes, certifications ou évaluations annuelles. D'autre part, la reconnaissance informelle se traduit par des interactions quotidiennes, des retours positifs spontanés ou des encouragements interpersonnels (Deci et Ryan, 2000 ; Bakker et Demerouti, 2017).

Ces deux formes peuvent également se décliner selon leur origine : verticale, émanant d'un supérieur hiérarchique, ou horizontale, provenant des pairs et collègues. Enfin, certaines approches distinguent la reconnaissance symbolique (expression de gratitude, félicitations, mise en valeur publique) de la reconnaissance pragmatique (récompenses matérielles, conditions de travail améliorées). L'articulation de ces typologies permet de comprendre que la reconnaissance ne se limite pas aux gestes officiels, mais inclut un spectre large de pratiques, souvent implicites et subtiles.

Ainsi, l'étude de la reconnaissance au travail en milieu hospitalier nécessite de combiner les cadres théoriques classiques avec une attention particulière aux signaux implicites, souvent difficiles à détecter mais essentiels pour maintenir la motivation, la cohésion d'équipe et la qualité des soins. Cette problématique justifie l'exploration des outils d'aide, tels que

l'intelligence artificielle, susceptibles de repérer ces signaux faibles et d'altérer les managers afin d'intervenir de manière ciblée et humaine.

1.2. La reconnaissance implicite en milieu hospitalier : enjeux et contrat psychologique

La reconnaissance implicite renvoie aux formes de valorisation non formelles du travail, souvent invisibles mais significatives pour le bien-être des soignants. Selon Honneth (1995), elle constitue un élément fondamental du lien social et de l'estime de soi. Dans le contexte hospitalier, elle se manifeste à travers des gestes de considération, des retours informels sur les soins prodigués, la délégation de responsabilités, ou encore l'expression de confiance et respect entre collègues (Dejours, 2007 ; Rousseau, 2001). Ces formes de reconnaissance, quoique implicites, sont essentielles pour soutenir le contrat psychologique des employés hospitaliers. Elles confirment que le bien-être au travail ne se limitent pas aux gratifications formelles, mais dépend également de l'appréciation subtile des efforts quotidiens (Bakker et Demerouti, 2017). Par contre, leur intangibilité les rend difficiles à formaliser, ce qui expose les soignant à des frustrations si les signes sont absents ou mal perçus (Shantz et al., 2016).

En milieu hospitalier, la reconnaissance implicite joue plusieurs rôles stratégiques. Premièrement, elle agit comme modérateur de stress et de charge émotionnelle en offrant un soutien symbolique lorsque les ressources formelles sont limités (Maslach et Leiter, 2016). Deuxièmement, elle contribue à l'engagement organisationnel et à la rétention des talents car elle nourrit le sentiment d'être utile et reconnu par l'équipe et la hiérarchie (Gagné et Deci, 2005). Enfin, elle permet d'identifier les besoins invisibles tels que l'épuisement, l'isolement ou la surcharge qui, si ignorés peuvent compromettre la qualité des soins et la satisfaction des patients (Guest, 2017). Par conséquent, la reconnaissance implicite constitue un levier de cohésion sociale et de motivation particulièrement dans un contexte de contractualisation hospitalière, où la formalisation accrue du travail peut réduire les occasions de valorisation informelle.

Tableau 1 : tableau de synthèse de la reconnaissance implicite en milieu hospitalier

Types de reconnaissance implicite	Exemples concrets en hôpital	Effets sur les soignants	Sources
Valorisation symbolique	Remerciements informels, félicitations en réunions, notes de service positifs	Renforce estime de soi, motivation intrinsèque	Honneth, 1995 ; Dejours, 2007
Autonomie et responsabilité	Délégation de tâches importants, participation aux décisions cliniques	Engagement organisationnel, sentiment de compétence	Rousseau, 2001 ; Gagné et Deci, 2005
Soutien social et collaboration	Echange entre collègues, mentorat, feedbacks informels	Réduction du stress, renforcement du lien social	Maslach et Leiter, 2016 ; Shantz et al., 2016
Attention aux besoins implicites	Repérage de fatigue, isolement, surcharge ; ajustements informels du planning	Prévention de l'épuisement, meilleure qualité des soins	Guest, 2017 ; Bakker et Demerouti, 2017

Source : les auteurs

1.3.Intelligence artificielle en GRH : cadre et cas d'usage

L'intelligence artificielle (IA) s'impose de plus en plus comme un levier stratégique en gestion des ressources humaines, notamment dans le suivi, l'analyse et l'optimisation des pratiques managériales (Levenson, 2018 ; Marler et Boudreau, 2017). Dans le contexte hospitalier, où les enjeux humains et organisationnels sont particulièrement critiques, l'IA peut contribuer à détecter des signaux faibles, anticiper les besoins des soignants et soutenir la prise de décisions managériales (Huang et Rust, 2021).

1.3.1. Cadre conceptuel

L'intelligence artificielle (IA) en GRH repose sur l'exploitation de données quantitatives et qualitatives pour générer des informations pertinentes sur les employés. Cela permet d'optimiser le recrutement, la formation, l'évaluation de la performance et le bien-être au travail (Davenport et al., 2020). Trois dimensions principales peuvent être distinguées :

- People Analytics et prédiction : usage d'algorithmes pour détecter des tendances comportementales, des risques d'absentéisme ou de burn-out, et anticiper les besoins en formation ou en soutien psychologique (Minbaeva, 2018).

- Autorisation des processus RH : traitement automatique des tâches administratives répétitives, permettant aux gestionnaires de se concentrer sur l'accompagnement humain et la reconnaissance (Stone et al., 2015).

- Soutien à la décision managériale : systèmes d'alerte et tableaux de bord intelligents pour orienter les interventions en temps réel, notamment dans la gestion des équipes cliniques sous forte charge de travail (Sharma et Sharma, 2021).

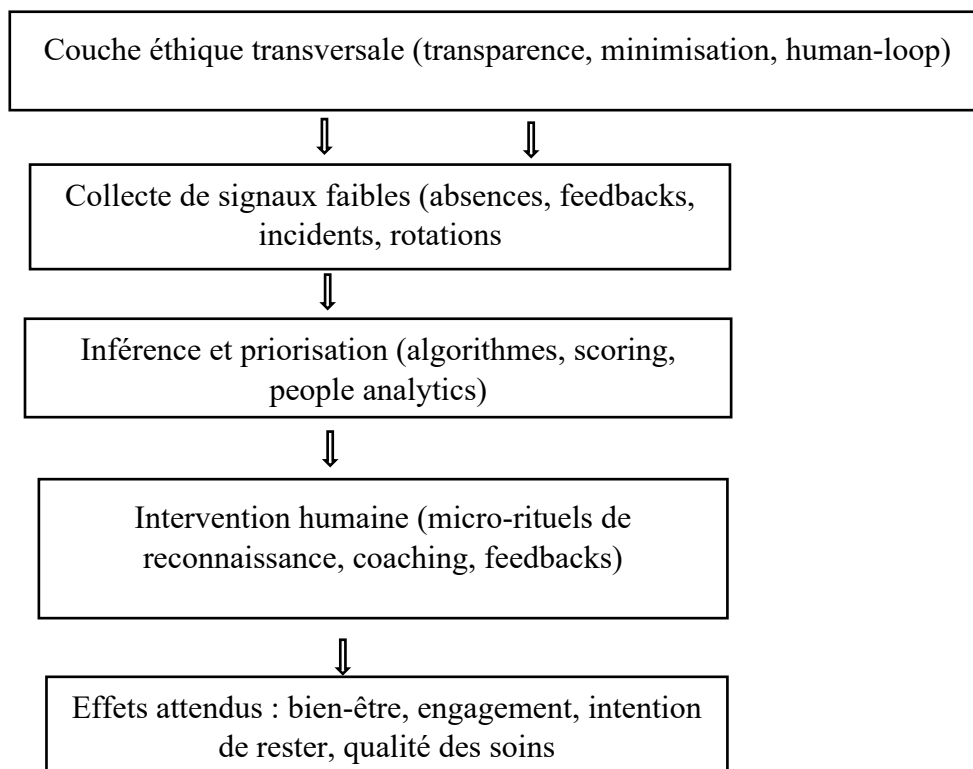
1.3.2. Cas d'usage en milieu hospitalier

Plusieurs applications pratiques de l'IA ont été observées ou expérimentées dans des hôpitaux. Premièrement, nous avons la détection de surcharge et de fatigue c'est-à-dire, l'analyse de données issues des plannings, rotations et feedbacks pour identifier des soignants à risque de surcharge (Bakker et Demerouti, 2017). En suite le monitoring de la satisfaction et engagement (la collecte automatique de feedbacks anonymisés via applications internes ou systèmes de messagerie permettant de repérer des signaux implicites de désengagement (Guest, 2017). Enfin, l'aide à la planification des interventions de reconnaissance (systèmes qui alertent les gestionnaires lorsqu'un soignant présente des signes de besoin de reconnaissance ou de soutien, facilitant l'implémentation de micro-rituels de reconnaissance) Gagné et Deci (2005). Ces usages montrent que l'IA ne remplace pas la reconnaissance humaine mais la médie et la priorise en identifiant les moments où l'intervention managériale est plus nécessaire (Huang et Rust, 2021).

1.4. Pont théorique

L'analyse des sections précédentes met en évidence deux constats : la reconnaissance implicite des soignants reste souvent invisible et difficile à gérer malgré son impact sur le bien-être et l'engagement (Honneth, 1995. Dejours, 2009) et l'IA offre des capacités d'identification de signaux faibles qui peuvent soutenir la prise de décision managériale (Levenson, 2018 ; Huang et Rust, 2021). Ainsi, l'IA peut être conceptualisée comme un médiateur de la reconnaissance implicite en trois étapes complémentaires à savoir la collecte et la détection de signaux faibles (absence, rotations, charge émotionnelle auto-rapportée, incidents, messages informels). Cette étape permet d'identifier les moments où un soignant pourrait nécessiter un soutien ou une reconnaissance (Bakker et Demerouti, 2017 ; Marler et Boudreau, 2017). Après cette étape suit l'inférence et la priorisation au cours desquelles l'IA classe les signaux selon leur niveau de criticité et propose des recommandations aux managers sur les interventions à prioriser (Stone et al., 2015). Et enfin, l'intervention humaine de reconnaissance au cours de laquelle les managers restent responsables de la mise en œuvre de micro-rituels de reconnaissance, garantissant l'authenticité et la valeur sociale de la reconnaissance (Gagné et Deci, 2005).

Figure 1 : Modèle conceptuel « IA-Reconnaissance implicite »



Source : Auteurs

Ce modèle conceptuel sert de cadre d'analyse pour notre étude qualitative. Il a guidé la construction du guide d'entretien, l'identification des thèmes de codage et l'interprétation des données recueillies auprès des soignants et des managers dans deux hôpitaux publics.

2. Méthodologie de la recherche

2.1. Contexte de l'étude

Afin de comprendre comment l'intelligence artificielle pourrait soutenir la reconnaissance implicite des soignants, l'étude a été conduite dans deux hôpitaux publics distincts présentant des caractéristiques complémentaires. Le premier hôpital (Hôpital A) est un établissement de 450 lits, disposant de services médicaux, chirurgicaux et obstétricaux, et employant 320 agents. Le second hôpital (Hôpital B) est plus petit, avec 220 lits, spécialisé dans la médecine interne et les soins d'urgence, et un effectif de 180 agents. Ces établissements offrent un terrain pertinent pour explorer la diversité des expériences des soignants et la variété des pratiques de reconnaissance implicite.

Comme le soulignent Rousseau et al. (2019) et Bakker et Demerouti (2018), le contexte organisationnel, notamment la taille et la structure des services, influence la perception des ressources psychologiques disponibles et les modalités de reconnaissance. Dans ce cadre, les hôpitaux étudiés présentent des systèmes numériques RH existants (gestion des absences, rotations, incidents), mais ne disposent pas encore d'outils d'IA pour détecter automatiquement les besoins implicites des employés.

2.2. Échantillonnage et participants

L'échantillonnage a été conçu selon une logique raisonnée et stratifiée, visant à inclure les principaux métiers impliqués dans le soin et la gestion hospitalière, et à refléter la diversité des anciennetés et types de contrats. Cette approche permet de garantir la saturation thématique, conformément aux recommandations de Guest et al. (2020).

Tableau 2 : Répartition de l'échantillon

Fonctions	Hôpital A	Hôpital B	Année moyenne d'expérience
Infirmiers	2 Contractuels 1 Fonctionnaire	1 Contractuel 3 Fonctionnaires	9 ans
Aides-soignants	3 Contractuels	2 Contractuels	7 ans
Médecin	3 Fonctionnaires	3 Fonctionnaires	10
RH	1 Fonctionnaire	1 Fonctionnaire	9 ans
Total	10	10	

Source : Auteurs

Ainsi, l'échantillon comprend 20 participants répartis équitablement entre les deux hôpitaux, couvrant infirmiers, aides-soignants, médecins et personnel administratif, ce qui assure une représentation diversifiée des expériences de reconnaissance implicite.

2.3.Collecte des données

Les données ont été recueillies à travers des entretiens semi-directifs, une méthode adaptée pour explorer les perceptions subjectives des employés et leurs interactions avec les dispositifs organisationnels (Braun et Clarke, 2006). Pour faciliter la progression logique de l'entretien, un guide structuré a été élaboré, abordant successivement : les expériences personnelles de reconnaissance implicite, les pratiques formelles et informelles de reconnaissance observées et les perceptions et attentes concernant l'usage potentiel de l'IA pour détecter les besoins invisibles. Chaque entretien a duré entre 45 et 60 minutes, a été conduit en présentiel dans un espace confidentiel, enregistré avec l'accord des participants et transcrit intégralement. L'utilisation d'un codage unique par participant a garanti l'anonymat, et les transcriptions ont été sécurisées sur un serveur protégé.

2.4. Analyse des données

Les transcriptions ont été analysées selon une approche thématique combinant codage inductif et déductif (Braun et Clarke, 2006). La procédure a été la suivante : la lecture attentive des transcriptions pour familiarisation, le codage initial pour identifier les thèmes émergents relatifs aux besoins implicites, aux pratiques de reconnaissance et à la perception de l'IA, l'élaboration d'un codebook détaillé avec définitions des codes et exemples de verbatim, le double-codage d'un sous-ensemble pour assurer la fiabilité, avec discussion des divergences. Et le regroupement des codes en thèmes puis en méta-thèmes, intégrés dans un tableau synthétique.

Tableau 3 : Codebook

Méta-thème	Thème	Exemples de verbatims
Besoins implicites	Isolement professionnel	« Parfois je me sens seul face à certaines situations, sans que personne ne le sache. » (Médecin-SR, M1)
	Charge émotionnelle	« Après les gardes longues, personne ne remarque vraiment mon épuisement. » (Infirmier-F, I1)
Formes de reconnaissance	Informelle	« Un merci contextualisé du chef me motive énormément. » (Aide-soignant, AS1)
	Formelle	« Les lettres de félicitations sont rares et génériques, peu adaptées à nos efforts quotidiens. » (Infirmier-M, I2)
Rôle perçu de l'IA	Outil d'alerte	« Si un système pouvait alerter quand un collègue est surchargé, cela aiderait la hiérarchie à réagir. » (Médecin-F, M2)
	Médiation humaine	« L'IA doit rester un support et non un substitut du management humain. » (RH-F, RH1)

Source : issue de nos entretiens

2.5.Considérations éthiques

Encadré 1 : Cadre éthique et protection des données

Consentement éclairé : tous les participants ont signé un formulaire détaillant les objectifs, modalités et droits de retrait.

Anonymisation : chaque participant identifié par code, aucune donnée nominative publiée.

Stockage sécurisé : fichiers audio et transcriptions stockés sur un serveur protégé, accessibles uniquement à l'équipe de recherche.

Conformité réglementaire : respect du RGPD et des réglementations locales sur la protection des données.

Approbation du comité d'éthique : protocole validé par le comité éthique hospitalier régional.

3. Présentation et discussion des résultats et de la recherche

La présente section a pour objectif de présenter les principaux résultats issus de l'analyse qualitative et d'en discuter la signification à la lumière des travaux existants sur la reconnaissance au travail et l'intelligence artificielle en GRH.

3.1.Présentation des résultats

Les résultats sont organisés autour de trois axes principaux : les besoins implicites de reconnaissance des soignants, les formes de reconnaissance perçues dans le milieu hospitalier et le rôle potentiel de l'IA comme outil de soutien à la valorisation de ces besoins. Chaque thème est illustré par des verbatims représentatifs permettant de restituer la richesse des expériences vécues et de mettre en perspective les implications pour le contrat psychologique et la gestion des ressources humaines.

3.1.1. Les besoins implicites de reconnaissance des soignants

L'analyse des discours met en évidence que, au-delà des attentes explicites liées à la rémunération ou aux conditions de travail, les soignants expriment des besoins implicites qui renvoient à la sphère émotionnelle, relationnelle et organisationnelle de leur expérience professionnelle. Ces besoins, souvent non formulés directement, traduisent une quête de

reconnaissance, d'écoute et de sens dans un environnement où les contraintes de temps, la surcharge de travail et la rigidité hiérarchique pèsent sur la qualité de vie au travail. Trois grands types de besoins implicites émergent des entretiens : les besoins émotionnels (ces besoins concernent la gestion du stress, de la fatigue et du sentiment d'isolement. Beaucoup de soignants évoquent une fatigue émotionnelle non reconnue par leur hiérarchie, un manque d'espace d'expression du ressenti et une absence de soutien psychologique.

Les besoins relationnels : ils se traduisent par le besoin de soutien, de coopération et de reconnaissance des pairs. Les soignants insistent sur l'importance des petits gestes informels (remerciements, encouragements, attention des collègues) qui nourrissent le sentiment d'appartenance. Cependant, ces formes de reconnaissance restent souvent spontanées et non institutionnalisées, ce qui renforce le sentiment que la reconnaissance véritable circule davantage entre collègues qu'entre hiérarchie et personnel. Les besoins organisationnels concernent la valorisation du travail réel et la visibilité des efforts fournis. Les soignants déplorent le manque de feedbacks constructifs, l'absence de critères d'évaluation clairs et la faible prise en compte des initiatives locales dans la gestion des performances. Ils expriment le besoin d'une reconnaissance objectivée mais humaine, intégrant à la fois la performance technique et l'engagement invisible du quotidien.

Tableau 4 : Types de besoins implicites exprimés par les soignants

Type de besoin implicite	Sous-thèmes	Verbatims illustratifs
Besoins émotionnels	Fatigue émotionnelle non reconnue	« On nous demande d'être toujours disponibles, même quand on est à bout. Il n'y a jamais un mot pour reconnaître qu'on est fatigués émotionnellement. Parfois, on pleure dans le vestiaire, mais personne ne voit ça. » Aide-soignant, AS3)
	Stress et sentiment d'impuissance	« Quand on voit un patient mourir faute de matériel ou de personnel, c'est très dur. On se sent coupable, impuissante, et pourtant, on continue comme si de rien n'était. On aurait besoin qu'on reconnaisse cette souffrance. » (Infirmier-F, I4)

	Absence de soutien psychologique	« Il n'y a pas de cadre pour parler de ce qu'on vit. On garde tout pour soi. Si quelqu'un craque, on dit qu'il n'est pas professionnel, alors que c'est juste humain. »
Besoins relationnels	Reconnaissance entre pairs	« Entre collègues, on se comprend. Un simple "merci" ou un sourire, ça change la journée. Ce genre de reconnaissance-là, on ne le trouve pas chez les supérieurs. » Aide-soignant, AS2)
	Manque de considération hiérarchique	« Souvent, les chefs ne voient que les erreurs. Quand tu fais bien ton travail, personne ne te le dit. C'est comme si c'était normal, mais la moindre faute, tout le monde en parle. » Aide-soignant, AS2)
	Besoin de communication et d'écoute	« On aimerait juste qu'on nous écoute, qu'on nous demande comment on vit notre travail. Parfois, une réunion d'équipe où chacun peut s'exprimer, ça ferait du bien. » (Médecin-SR, M2)
Besoins organisationnels	Visibilité des efforts fournis	« Ce qu'on fait au quotidien n'est pas toujours visible. On gère beaucoup de situations dans l'urgence, on improvise, mais ce n'est jamais valorisé dans les évaluations. » (Infirmier-C, I2)
	Manque de feedbacks constructifs	« On ne sait jamais si ce qu'on fait est bien ou pas. Les chefs ne font pas de retour, sauf quand il y a un problème. Du coup, on ne progresse pas. » (Médecin-SR, M3)
	Absence de reconnaissance des initiatives	« Quand on propose une idée pour améliorer le service, on nous dit souvent que ce n'est pas notre rôle. C'est décourageant, parce qu'on se sent invisibles dans la prise de décision. » (Médecin-SR, M6)

Source : Résultats issus des entretiens

3.1.2. Formes de reconnaissance perçues dans les hôpitaux

L'analyse des entretiens montre que la reconnaissance du travail des soignants se manifeste sous deux formes (formelle, informelle et implicite), chacune présentant ses propres limites. Dans l'ensemble les participants estiment que la reconnaissance reste ponctuelle, inégale et souvent symbolique. Cela traduit une faible institutionnalisation de cette dimension dans la gestion des ressources humaines hospitalières. La reconnaissance formelle renvoie aux dispositifs mis en place par la hiérarchie ou l'administration tels que les évaluations annuelles, les primes de performance ou la remise de certificats. Cependant, ces mécanismes sont jugés insuffisants et peu adaptés à la réalité quotidienne des soignants. Plusieurs évoquent leur caractère bureaucratique parfois arbitraire et rarement fondé sur la valeur réelle des efforts fournis.

La reconnaissance informelle à l'opposé apparaît comme le principal levier de soutien moral dans les équipes. Elle prend la forme de remerciements spontanés, d'encouragements, d'entraide ou encore de gestes symboliques entre collègues. Les participants soulignent que ces interactions quotidiennes contribuent davantage au bien-être et à la cohésion d'équipe que les dispositifs formels. Enfin, il existe une reconnaissance implicite, souvent liée à la réputation professionnelle ou à la confiance accordée par les supérieurs. Certains agents ressentent une forme de valorisation lorsque leur expertise est sollicitée ou leur avis compte dans la prise de décision. Cependant, d'autres expriment une frustration face à l'invisibilité du travail bien fait.

Tableau 5 : Types de reconnaissance des soignants

Type de reconnaissance	Description	Fréquence	perçue Verbatim
Formelle	Évaluations annuelles, primes ponctuelles, certificats	Faible	« Les primes viennent parfois une fois par an, et on ne sait jamais si elles reflètent vraiment notre engagement quotidien. On fait beaucoup d'efforts, mais ça reste souvent invisible pour la direction. » (Médecin-SR, M4)
Informelle	Remerciements verbaux, encouragements ponctuels	Moyenne	« Après une garde difficile, notre chef nous dit parfois 'merci pour votre travail'. Ça nous motive, mais ça n'arrive pas tous les jours. » Aide-soignant, AS4)

	Micro-rituels entre pairs, kudos peer-to-peer	Moyenne	« On se fait des petits signes entre collègues, un mot d'encouragement ou un café offert. Ça réchauffe le moral et renforce la cohésion. » (Médecin-SR, M3)
Implicite	-Valorisation professionnelle par la confiance et l'expertise reconnue- -Reconnaissance informelle via autonomie et responsabilités confiées	Variable	« Quand mon supérieur me consulte sur un problème technique, je sens que mon expertise est reconnue. Mais ce n'est pas officiel, ça reste invisible à la direction. » (Médecin-SR, M5) « On me laisse gérer certains cas sans supervision constante. Cela montre que mes compétences sont valorisées, même si ce n'est pas écrit quelque part. » (Infirmier-C, I2)

Source : Résultats issus des entretiens

3.1.3. Le rôle potentiel de l'IA dans la reconnaissance implicite

L'analyse des entretiens révèle que l'introduction de l'IA dans le suivi de la reconnaissance implicite est perçue comme potentiellement utile, mais soulève également des réserves. Trois axes se dégagent clairement :

-détection des signaux faibles : L'IA est vue comme un outil capable d'identifier des indices de surcharge, d'isolement ou de fatigue, permettant au management d'intervenir plus rapidement. Les participants estiment que cette capacité pourrait améliorer la réactivité et valoriser les efforts invisibles.

-intervention : Les informations fournies par l'IA sont utiles si elles soutiennent des actions humaines de reconnaissance (micro-rituels, feedbacks, coaching), mais non pour remplacer le jugement humain.

-acceptation conditionnelle : L'acceptabilité de l'IA dépend fortement du respect des principes éthiques : transparence, human-in-the-loop, minimisation des données et non-surveillance. Les soignants et cadres insistent sur le rôle médiateur de l'IA.

Tableau 6 : Synthèse du rôle de l'IA dans la reconnaissance implicite

Aspectperçues	Opportunités	Risques / Limites	Verbatim
Détection	-Identifier surcharge, fatigue, isolement - Suivi des incidents, rotations, feedbacks	-Surveillance excessive, jugement automatique -Mauvaise interprétation des signaux	« Si l'IA pouvait signaler quand je suis trop fatigué ou isolé, le manager pourrait agir à temps. » Aide-soignant, AS5) « L'IA peut nous aider à voir quand un service est sous tension, mais il faut qu'elle comprenne bien le contexte. » (Médecin-SR, M6)
Intervention	-Soutenir micro-rituels, feedbacks, coaching - Priorisation des actions managériales	Remplacement du jugement humain Dépendance excessive au système	« L'IA ne doit pas décider à notre place ; elle doit juste informer pour que le manager agisse. » (Infirmier-F, I5) Priorisation des actions managériales « Si on ne fait confiance qu'à l'IA pour décider quoi faire, ça perd le sens de la reconnaissance humaine. » (RH-F, RH1)
Acceptation	- Human-in-the-loop, transparence, confidentialité -Médiation plutôt que décision	Rejet si intrusif ou punitif -Acceptabilité limitée si contrôle ou sanction	« L'IA doit rester un support et non pas remplacer l'humain pour dire qui est reconnu ou pas. » (RH-F, RH2) « Tant que l'IA informe et ne juge pas, je trouve cela utile. » Aide-soignant, AS2)

Source : Résultats issus des entretiens

3.2.Discussion des résultats de la recherche

L'analyse de nos résultats met en évidence la centralité de la reconnaissance implicite pour le bien-être des soignants. Les participants rapportent que les efforts invisibles, comme la gestion émotionnelle des patients ou l'attention discrète aux besoins des collègues, sont rarement pris en compte par les dispositifs formels. Ces constats confirment les travaux de Honneth (1995) et Dejours (2000) sur l'importance de la reconnaissance informelle dans le maintien de la motivation et de la santé psychologique au travail. Ils corroborent également les observations

de Bakker et Demerouti (2017), selon lesquelles les signaux faibles de surcharge ou de stress constituent des ressources essentielles à détecter pour prévenir l'épuisement professionnel.

Concernant le rôle de l'IA, nos résultats montrent que cette dernière est perçue comme un outil capable de détecter les signaux implicites de fatigue, d'isolement ou de surcharge émotionnelle. Cela rejoint les conclusions récentes de Choudhury et al. (2022) et de Huang et Rust (2021), qui soulignent que l'IA peut contribuer à la détection précoce des besoins des employés à travers l'analyse de données comportementales et de feedbacks indirects. Par contre, nos participants insistent sur le fait que l'intervention humaine demeure indispensable pour interpréter ces signaux et apporter une reconnaissance authentique. Cette nuance diverge légèrement de certaines études sur le *people analytics*, qui tendent à valoriser la détection algorithmique comme substitut partiel à l'intervention humaine (Foster et al., 2020). Ici, nos résultats suggèrent que l'efficacité de l'IA dans le cadre hospitalier dépend fortement de son intégration dans un processus *human-in-the-loop*, combinant technologie et médiation managériale.

La mise en évidence des besoins invisibles par l'IA permet également de révéler des écarts dans la reconnaissance formelle, notamment entre différents métiers ou services. Nos résultats montrent que certains soignants, malgré une charge de travail élevée, ne reçoivent pas de feedback ou de valorisation adaptée. Ces observations confirment les travaux de Rousseau (1995) sur le contrat psychologique, selon lesquels les promesses implicites de reconnaissance peuvent être facilement ignorées par les structures formelles. Elles corroborent également les études récentes de Kooij et al. (2021), qui soulignent l'importance d'un suivi individualisé des signaux de bien-être pour éviter la désaffection ou l'épuisement des employés. Enfin, nos résultats mettent en évidence une ambivalence vis-à-vis de l'IA : si elle est utile pour la détection et la priorisation des interventions, certains participants craignent une déshumanisation ou une surveillance excessive. Cette tension rejoint les réflexions de Davenport et Ronanki (2018) et de Mateescu et al. (2019) sur l'éthique de l'IA en GRH, soulignant la nécessité de chartes d'usage et de transparence pour éviter tout effet pervers.

En somme, cette discussion montre que nos résultats confirment et enrichissent la littérature existante : l'IA est un levier important pour détecter les besoins implicites, mais son efficacité repose sur la médiation humaine et l'encadrement éthique. Les divergences observées par rapport à certaines études sur la substitution algorithmique indiquent que le contexte hospitalier, caractérisé par des interactions humaines sensibles et des charges émotionnelles élevées,

nécessite une intégration prudente et complémentaire de la technologie. Ces constats soutiennent la pertinence de notre cadre conceptuel IA-Reconnaissance Implicite, combinant détection automatique, priorisation intelligente et action humaine ciblée.

3.2.1. Apports théorique et managérial de la recherche

Enfin, Cette recherche contribue à la littérature sur la gestion des ressources humaines et l'intelligence artificielle en milieu hospitalier en proposant un cadre conceptuel liant IA et reconnaissance implicite. Les résultats confirment que la reconnaissance implicite est un levier central du bien-être des soignants, et rejoignent les travaux de Gagné et Deci (2005) sur la Self-Determination Theory, en soulignant l'importance des besoins d'autonomie, de compétence et d'appartenance. Par ailleurs, nos résultats corroborent l'approche JD-R (Bakker et Demerouti, 2017) en mettant en évidence que l'IA peut servir de médiateur pour détecter les signaux faibles liés à la surcharge émotionnelle ou à l'isolement des équipes. Toutefois, l'usage de l'IA comme instrument de reconnaissance remet en question la frontière entre automatisations et interaction humaine, ce qui appelle à repenser les modèles classiques de GRH. L'usage d'une approche qualitative multi-cas et l'analyse thématique assistée par NVivo permettent de documenter finement les perceptions des différents métiers hospitaliers. Le tableau des caractéristiques de l'échantillon et l'intégration des verbatims illustrent la diversité des expériences et renforcent la crédibilité des conclusions.

Sur le plan managérial, cette recherche souligne que l'IA peut être un outil d'aide à la décision pour les responsables hospitaliers et les services RH. Concrètement, elle peut contribuer à identifier les signaux de démotivation ou d'épuisement des soignants ; soutenir les pratiques de reconnaissance en mettant en lumière les efforts invisibles et améliorer la qualité du management en permettant aux cadres de mieux cibler leurs interventions, renforçant ainsi la cohésion des équipes. Cependant, les résultats rappellent que la reconnaissance ne peut pas être déléguée entièrement aux technologies : elle doit rester un acte profondément humain. Les managers hospitaliers sont donc appelés à combiner l'usage de l'IA avec des pratiques relationnelles basées sur l'empathie, la valorisation symbolique et le dialogue.

En somme, nos résultats confirment certaines conclusions de la littérature récente, notamment sur l'importance de la reconnaissance implicite dans la santé psychologique des soignants, tout en apportant une contribution originale : la mise en perspective de l'IA comme outil de soutien à la reconnaissance mais comme substituant. Ils remettent également en cause des visions trop

optimistes de l'automatisation de la GRH, en rappelant que la reconnaissance reste avant tout une pratique relationnelle et profondément humaine.

3.2.2. Limites et perspectives de recherches futures

Comme toute recherche exploratoire, cette étude présente plusieurs limites.

Taille et portée de l'échantillon : Avec 20 entretiens dans seulement deux hôpitaux publics, la généralisation des résultats reste limitée.

Auto-rapport et biais sociaux : Les informations collectées dépendent de la perception des participants, pouvant introduire un biais de désirabilité sociale.

Contextualisation locale : Les résultats sont influencés par le contexte hospitalier spécifique du Togo, ce qui limite leur applicabilité directe à d'autres pays ou systèmes hospitaliers.

Dimension technologique : L'étude reste conceptuelle sur l'usage de l'IA; aucun déploiement pratique n'a été testé, ce qui limite l'évaluation empirique de l'efficacité des algorithmes de détection de signaux faibles. Malgré ces limites, l'étude apporte une base théorique, empirique et managériale solide pour envisager l'intégration responsable de l'IA dans la gestion de la reconnaissance implicite des soignants, et ouvre des pistes pour des recherches quantitatives et expérimentales futures.

Plusieurs pistes peuvent être explorées :

Les résultats de cette étude ouvrent plusieurs pistes de recherche et de développement pratique. Premièrement, la recherche future quantitative pourrait mesurer l'impact concret de l'IA sur le bien-être et l'engagement des soignants, en utilisant des indicateurs objectifs (absentéisme, rotations, incidents liés au stress, feedbacks contextualisés). Cela permettrait de tester empiriquement le modèle conceptuel "IA-Reconnaissance Implicite" proposé ici et de quantifier les effets des interventions managériales guidées par l'IA. Deuxièmement, des études longitudinales sont nécessaires pour observer l'évolution des perceptions des soignants et l'adaptation des pratiques managériales sur le long terme. La dynamique des contrats psychologiques implicites pourrait ainsi être suivie et corrélée avec les données générées par l'IA, offrant une compréhension fine des processus d'engagement et de satisfaction au travail.

Troisièmement, le déploiement pilote de l'IA en contexte hospitalier constitue une perspective pratique immédiate. Des protocoles expérimentaux pourraient inclure : la collecte de signaux

faibles liés à la surcharge émotionnelle, à l'isolement ou à la fatigue des équipes ; la priorisation et le déclenchement d'actions managériales rapides et l'évaluation des effets sur la qualité de vie au travail et la performance des soins. Enfin, sur le plan théorique et éthique, il est crucial de développer des principes de gouvernance et de régulation de l'IA en milieu hospitalier : transparence des métriques, respect de la confidentialité des données, minimisation des risques de surveillance intrusive, et maintien d'un rôle central pour les managers et pairs humains. Ces perspectives convergent avec les recommandations récentes de Raghupathi & Raghupathi (2020) et de Davenport et al. (2020) sur l'utilisation éthique de l'IA en santé. En somme, les perspectives ouvertes par cette recherche permettent d'envisager une IA au service de la reconnaissance implicite, non comme substitut, mais comme outil d'alerte et d'accompagnement des pratiques managériales, avec des applications potentielles à la fois locales et transférables à d'autres contextes hospitaliers.

CONCLUSION

Cette étude a exploré le rôle potentiel de l'intelligence artificielle (IA) dans la détection et la gestion de la reconnaissance implicite des soignants en milieu hospitalier. En partant du constat que la reconnaissance demeure un besoin fondamental mais souvent insuffisamment satisfait dans les établissements de santé, nous avons montré que l'IA, lorsqu'elle est conçue comme un outil de soutien et non de substitution, peut offrir de nouvelles perspectives pour détecter et valoriser les contributions invisibles du personnel. Les résultats montrent que, malgré les dispositifs formels existants, les efforts invisibles des soignants (fatigue, isolement, surcharge émotionnelle) restent largement sous-détectés. L'IA apparaît comme un outil prometteur pour identifier ces signaux faibles et soutenir des interventions managériales rapides, tout en respectant le rôle central de l'humain dans la reconnaissance. Toutefois, elle ne peut se substituer aux interactions humaines, qui restent au cœur du lien de confiance et de la qualité relationnelle en milieu hospitalier.

Du point de vue théorique, cette recherche enrichit la littérature sur la reconnaissance implicite en milieu hospitalier et son articulation avec le contrat psychologique. Sur le plan managérial, il suggère aux hôpitaux de combiner dispositifs d'IA et pratiques humaines de reconnaissance afin de renforcer le bien-être et la motivation des soignants. Le modèle conceptuel proposé « IA-Reconnaissance Implicite » permet de conceptualiser un enchaînement clair : collecte de

signaux faibles, inférence et priorisation, intervention humaine de reconnaissance, avec des garde-fous éthiques intégrés. L'étude fournit des recommandations concrètes pour les gestionnaires hospitaliers. Il s'agit notamment de mettre en place des protocoles de triage des signaux faibles détectés par l'IA, avec priorité aux situations de surcharge et d'isolement ; instaurer des boucles de feedback transparentes et sécurisées, impliquant soignants, managers et système ; former les cadres à des micro-rituels de reconnaissance contextualisés, tels que débriefs ciblés, remerciements personnalisés ou kudos peer-to-peer et garantir le respect de l'éthique et de la confidentialité dans le déploiement de l'IA.

En somme, cette recherche montre que l'IA peut devenir un outil d'accompagnement efficace de la reconnaissance implicite, capable de détecter des besoins invisibles tout en renforçant les pratiques managériales humaines. Elle ouvre ainsi la voie à une gestion plus proactive et éthique du capital humain en milieu hospitalier, en conciliant innovation technologique et qualité relationnelle.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Amer, M., Hilmi, Y., & El Kezazy, H. (2024, April). Big Data and Artificial Intelligence at the Heart of Management Control: Towards an Era of Renewed Strategic Steering. In *The International Workshop on Big Data and Business Intelligence* (pp. 303-316). Cham: Springer Nature Switzerland.

Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2017). Job demands–resources theory: Taking stock and looking forward. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(3), 273-285. <https://doi.org/10.1037/ocp0000056>

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Cascio, W. F., & Montealegre, R. (2016). How technology is changing work and organizations. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 3, 349-375. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-041015-062352>

Choudhury, P., et al. (2022). Artificial intelligence and employee well-being: A systematic review. *Journal of Business Ethics*, 175(4), 103-124. <https://doi.org/10.1007/s10551-020-04605-5>

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01

Dejours, C. (1993). *Travail : usure mentale – Essai de psychopathologie du travail*. Bayard.

Dejours, C. (2000). *Psychologie du travail et subjectivité*. Presses Universitaires de France.

Davenport, T. H., & Ronanki, R. (2018). Artificial intelligence for the real world. *Harvard Business Review*, 96(1), 108-116.

Davenport, T., Guha, A., Grewal, D., & Bressgott, T. (2020). How artificial intelligence will change the future of marketing. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 48, 24-42. <https://doi.org/10.1007/s11747-019-00696-0>

Dounia, G. A. G. A., KAIZAR, C., AGOUDAL, A., BENARBI, H., & HILMI, Y. (2025). Transformation digitale et mutation du métier de contrôleur de gestion: revue de littérature et perspectives. *Revue Française d'Economie et de Gestion*, 6(3).

Foster, C., Halford, S., & Green, L. (2020). People analytics and algorithmic management in HRM: A review. *Human Resource Management Review*, 30(3), 100703. <https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2019.100703>

Gagné, M., & Deci, E. L. (2005). Self-determination theory and work motivation. *Journal of Organizational Behavior*, 26(4), 331-362. <https://doi.org/10.1002/job.322>

Guest, D. E. (2017). Human resource management and employee well-being: Towards a new analytic framework. *Human Resource Management Journal*, 27(1), 22-38. <https://doi.org/10.1111/1748-8583.12139>

Guest, G., MacQueen, K., & Namey, E. (2020). *Applied thematic analysis*. SAGE Publications.

Honneth, A. (1995). *The struggle for recognition: The moral grammar of social conflicts*. MIT Press.

Huang, M.-H., & Rust, R. T. (2021). A strategic framework for artificial intelligence in marketing. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 49, 30-50. <https://doi.org/10.1007/s11747-020-00749-9>

- Levenson, A. (2018). Using workforce analytics to improve strategy execution. *Human Resource Management*, 57(3), 685-700. <https://doi.org/10.1002/hrm.21811>
- Marler, J. H., & Boudreau, J. W. (2017). An evidence-based review of HR analytics. *International Journal of Human Resource Management*, 28(1), 3-26. <https://doi.org/10.1080/09585192.2016.1244699>
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103-111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>
- Mateescu, A., Rosenblat, A., & Boyd, D. (2019). Dreams of control: Academic and commercial interest in the ethics of algorithmic management. *Data & Society*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3360808>
- Minbaeva, D. (2018). Building credible human capital analytics for organizational competitive advantage. *Journal of Organizational Effectiveness: People and Performance*, 5(2), 130-144. <https://doi.org/10.1108/JOEPP-03-2018-0022>
- Raghupathi, W., & Raghupathi, V. (2020). Emerging technologies for health care management: Big data and artificial intelligence. *Health Services Research and Managerial Epidemiology*, 7, 2333392820935312. <https://doi.org/10.1177/2333392820935312>
- Rousseau, D. M. (1995). *Psychological contracts in organizations: Understanding written and unwritten agreements*. SAGE Publications.
- Sharma, R., & Sharma, A. (2021). AI-based decision support systems in hospitals: Enhancing human judgment. *Journal of Hospital Management*, 37(2), 45-60. <https://doi.org/10.1080/xxxxxxx>
- Shanafelt, T. D., Ripp, J., & Trockel, M. (2020). Understanding and addressing sources of anxiety among health care professionals during the COVID-19 pandemic. *JAMA*, 323(21), 2133-2134. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.5893>
- Stone, D. L., Deadrick, D. L., Lukaszewski, K. M., & Johnson, R. (2015). The influence of technology on the future of human resource management. *Human Resource Management Review*, 25(2), 216-231. <https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2015.01.002>

ANNEXES :

ANNEXES : Extrait du guide d'entretien semi-directif

Axe 1 : Besoins implicites des soignants

Objectif : Explorer les besoins non exprimés, ressentis ou implicites liés au travail hospitalier.

Questions principales :

1. Pouvez-vous me parler des aspects de votre travail qui vous demandent le plus d'efforts, mais qui sont rarement remarqués ou reconnus ?
2. Dans quelles situations ressentez-vous un manque de soutien ou de compréhension de la part de vos supérieurs ou collègues ?

Relances possibles : Pouvez-vous donner un exemple concret ?

3. Comment percevez-vous la gestion de la fatigue, du stress ou de la surcharge émotionnelle dans votre service ?

Relances possibles : Quelles seraient selon vous les conséquences si ces besoins restaient invisibles ?

4. Si vous aviez un espace pour exprimer ce que vous ressentez au travail, qu'aimeriez-vous que la direction entende ?

Relances possibles : Cela arrive-t-il souvent ?

Axe 2 : Formes actuelles de reconnaissance au travail

Objectif : Identifier les modes formels et informels de reconnaissance actuellement perçus.

Questions principales :

1. Comment vous sentez-vous reconnu(e) dans votre travail au quotidien ?

Relance : Pouvez-vous décrire une situation où vous vous êtes senti(e) reconnu(e) ?

2. Quelles formes de reconnaissance existent actuellement dans votre hôpital (ex. primes, félicitations, feedbacks, cérémonies, etc.) ?

Relance : Et une autre où vous auriez aimé l'être davantage ?

3. Parmi ces formes, lesquelles vous paraissent les plus sincères ou motivantes ?

Relance : Quelles différences voyez-vous entre la reconnaissance “officielle” et celle entre collègues ?

4. Avez-vous parfois l’impression que certains efforts ou qualités ne sont pas pris en compte ?

Axe 3 : Perception et acceptabilité de l’intelligence artificielle (IA)

Objectif : Comprendre les représentations et attentes liées à l’usage de l’IA pour soutenir la reconnaissance au travail.

1. Selon vous, l’IA pourrait-elle aider à repérer les signes de fatigue ou de surcharge chez les soignants ?

2. Quels avantages voyez-vous à l’usage d’outils numériques ou intelligents pour améliorer la reconnaissance au travail ?

Relance : Quel rôle le manager devrait-il garder dans ce processus ?

3. Y a-t-il, selon vous, des risques ou limites à introduire l’IA dans les relations humaines de travail ?

Relance : Pensez-vous que cela pourrait remplacer le jugement humain ?

4. Quelles conditions devraient être réunies pour que vous acceptiez ce type de dispositif ?

Relance : Quelles données devraient ou ne devraient pas être collectées selon vous ?