

Université de Montréal

CONCEPTUALISATION, OPERATIONNALISATION ET VALIDATION DU CONSTRUIT
D'INVESTISSEMENT « *SIDE-BETS* » DE BECKER (1960) AUPRES D'INFIRMIERES DU RESEAU
QUEBECOIS DE LA SANTE

par

Marjorie Simard

Département de psychologie
Faculté des arts et des sciences

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade
de Philosophiae Doctor (Ph.D.)
en psychologie-recherche et intervention
option psychologie du travail et des organisations

Août 2006

© Marjorie Simard, 2006



BF

22

U54

2007

V.014



Direction des bibliothèques

AVIS

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :

CONCEPTUALISATION, OPÉRATIONNALISATION ET VALIDATION DU CONSTRUIT
D'INVESTISSEMENT « *SIDE-BETS* » DE BECKER (1960) AUPRÈS D'INFIRMIÈRES DU RÉSEAU
QUÉBÉCOIS DE LA SANTÉ

Présentée par :

Marjorie Simard

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

[Redacted name]

président rapporteur

[Redacted name]

[Redacted name]

co-directeur de recherche

[Redacted name]

membre du jury

[Redacted name]

examineur externe

[Redacted name]

représentant du doyen de la FES

Thèse acceptée le

Sommaire

Le construit d'investissement « *side-bets* », énoncé par Becker en 1960, demeure encore mal défini et peu étudié quoiqu'on y réfère souvent dans les écrits traitant d'engagement organisationnel. Ces écrits mettent l'accent sur l'identification des différents facteurs d'investissement ainsi que sur les coûts liés au fait de cesser une ligne d'action constante. Ce faisant, ces écrits posent les bases théoriques relatives au construit d'investissement et génèrent, par la même occasion, une confusion quant aux liens qui existent entre les investissements, l'engagement et la poursuite d'une ligne d'action constante. Cette problématique relative au construit d'investissement a entraîné la formulation des deux objectifs principaux à la base de la présente recherche:

- 1) Définir les investissements, faire ressortir les facteurs d'investissement qui sous-tendent le construit et en vérifier la structure factorielle ;
- 2) Effectuer la validation d'un modèle théorique des investissements en établissant a) la capacité prévisionnelle des investissements en regard de l'intention de départ et de la santé psychologique ; b) en vérifier si la relation entre d'une part les investissements et d'autre part l'intention de départ et la santé psychologique est médiatisée par l'engagement envers l'unité de soins.

Le premier chapitre propose une analyse détaillée du construit d'investissement qui se rapporte aux caractéristiques, aux facteurs ainsi qu'à l'évolution des instruments de mesure utilisés pour les évaluer. Cette analyse mène à la formulation d'une définition intégrative des investissements qui structure la démarche scientifique de la présente étude. Les liens existants entre les investissements et les différentes variables à l'étude (engagement, intention de départ et santé psychologique) sont par la suite présentés.

Le deuxième chapitre fait état des différentes opérations qui ont conduit à l'élaboration d'un instrument de mesure visant à cerner l'ensemble des facteurs d'investissement qui existent en milieu infirmier. Des entretiens avec dix-sept infirmières ont permis de faire ressortir cinq facteurs d'investissement, soit les conditions de travail, l'expertise, le travail quotidien, les valeurs humaines et les relations sociales. Ces facteurs d'investissement ont été utilisés pour construire un instrument de mesure qui a fait l'objet de deux pré-tests et d'une pré-expérimentation. Un premier pré-test, effectué auprès de 7 infirmières, visait à évaluer la qualité des items créés. Le deuxième pré-test, réalisé auprès de 16 infirmières, avait pour objet l'évaluation de l'échelle et de la consigne ainsi que le retrait des items peu importants pour les infirmières. Par la suite, une pré-expérimentation auprès de 46 infirmières a permis d'évaluer l'échelle révisée du questionnaire et de vérifier la fidélité ainsi que la validité du questionnaire. Ces différentes étapes ont permis la création d'un instrument de mesure de 52 items qui permet de cerner l'ensemble des investissements de l'infirmière en regard de son unité de soins.

Le troisième chapitre porte sur la validation d'un modèle des investissements qui traite des liens entre les investissements, l'engagement envers l'unité de soins, l'intention de départ et la santé psychologique des infirmières. Le questionnaire a été administré à 334 infirmières provenant de différents établissements du Réseau québécois de la santé. Bien que cinq facteurs soient postulés au départ, des analyses factorielles exploratoires ont fait ressortir une structure factorielle qui comporte sept facteurs : les conditions de travail, l'expertise, le service au patient, la reconnaissance du superviseur, les relations avec les collègues, le travail quotidien et les avantages liés à l'ancienneté. Des analyses de modélisation par équations structurelles mettent en évidence que 1) les investissements sont liés positivement à l'engagement envers l'unité de soins, à la santé

psychologique et négativement à l'intention de départ et que 2) le modèle de médiation s'ajuste de façon acceptable aux données. En regard des résultats de la présente étude, les investissements s'avèrent être des leviers d'intervention sur lesquels il est possible d'agir afin de favoriser la rétention et la santé psychologique des infirmières du Réseau québécois de la santé.

Mots-clés : Investissements, engagement, intention de départ et santé psychologique

Summary

Becker's (1960) construct of side-bets has been widely studied in relation with organizational commitment, but yet the construct remains ill-defined and few studies refer to it. These studies identify different factors of "side-bets" and costs related to quitting a consistent line of activity. They provide theoretical bases for the notion of side-bets but at the same time they create a confusion between side-bets, commitment and the consistency of a line of activity. This issue is at the core of the formulation of the two main goals pursued by the present study: 1) Define "side-bets", find factors of side-bets and test their factorial structure; 2) Validate a theoretical model of side-bets that establishes a) the predictive validity of side-bets with regard to exit intentions and psychological health; b) determine whether team commitment mediates the relation between side-bets and intent to quit and between side-bets and psychological health.

The first chapter examines the construct of side-bets, more specifically its characteristics, types, measures and suggests an integrative definition of side-bets upon which the present study is built. Links between side-bets and other variables of this study (i.e., commitment, intent to quit and psychological health) are also discussed.

The second chapter explains the different steps that helped build a measure of side-bets factors within a nursing context. Based on interviews with seventeen nurses, we were able to identify five categories of side-bets referred to as working conditions, expertise, daily work, human values and social relations. These categories were used to create a side-bets measure. In order to insure the quality of the measure, two pre-test and a pre-experimentation were done. The first pre-test (seven nurses) evaluates item quality (seven nurses), while the second (16 nurses) assesses scale, instructions and item

significance. The pre-experimentation (46 nurses) evaluates scale fidelity and validity. Subsequently, a 52-item measure of side-bets in nursing was created.

The third chapter reports a validity study of our side-bet model within which relations among nurses' side-bets, team commitment, intent to quit and psychological health were examined. We received usable responses from 334 nurses from different health organizations from the Quebec province. An exploratory factor analysis of the side-bet scale allowed us to extract seven factors of side-bets: working conditions, expertise, service to patients, supervisory recognition, relations with colleagues, daily work and advantages associated with length of service. Structural equation modeling analyses revealed that 1) side-bets were positively related to team commitment, psychological health and negatively related to intent to quit; and that 2) commitment fully mediated the effects of side-bets on exit intentions and health. These findings suggest that side-bets represent useful intervention levers that can help improve nurse retention and psychological health.

Key words: side-bets, commitment, intent to quit, psychological health

1.3 Départ volontaire.....	43
1.3.1 Modèles théoriques du départ volontaire.....	44
1.3.1.1 Principaux modèles du départ volontaire.....	44
1.3.1.2 Modèle de Rusbult (1980a).....	48
1.3.2 Liens empiriques : investissements et départ volontaire.....	50
1.4 Santé psychologique au travail.....	53
1.4.1 Modèles théoriques de la détresse psychologique.....	55
1.4.2 Liens empiriques : ressources et détresse psychologique.....	57
1.4.3 Santé psychologique.....	60
1.4.3.1 Définition de la santé psychologique.....	61
1.4.3.2 Liens empiriques entre les investissements, EO et la santé psychologique.....	63
1.5 Constats et recommandations pour les recherches futures.....	68
1.6 Modèle théorique des investissements.....	70
1.7 Hypothèses et questions de recherche.....	72
1.7.1 Multidimensionnalité du construit d'investissement.....	73
1.7.2 Modèle théorique des investissements.....	74
1.7.2.1 Modèle théorique global des investissements.....	74
1.7.2.2 Aspects spécifiques du modèles des investissements...	75
 Chapitre 2 : Inventaire du champ conceptuel des investissements.....	 81
2.1 Première étude : entretiens avec des infirmières.....	82
2.1.1 Population cible.....	82
2.1.2 Méthodologie.....	84
2.1.2.1 Échantillon.....	84
2.1.2.2 Crédibilité de l'étude.....	85
2.1.2.3 Méthode de collecte de données.....	85
2.1.2.4 Déroulement de l'étude.....	87
2.1.2.5 Guide d'entrevue.....	88
2.1.2.6 Analyse des données.....	93
2.1.3 Résultats de l'analyse qualitative.....	96
2.1.3.1 Facteurs d'investissement décrits dans la documentation.....	97
2.1.3.2 Investissements non décrits dans la documentation.....	102
2.1.3.3 Extraits relatifs aux investissements non codés.....	105

Conclusion.....	181
Références.....	197
Annexes.....	i
Annexe A : Modèles multidimensionnels de l'engagement organisationnel.....	ii
Annexe B : Modèles théoriques de l'engagement organisationnel à l'origine du modèle de Meyer et Allen (1991).....	iii
Annexe C : Liens empiriques entre l'engagement affectif et le départ volontaire.....	v
Annexe D : Liens empiriques entre l'engagement de continuité et le départ volontaire.....	vi
Annexe E : Liens empiriques entre l'engagement normatif et le départ volontaire.....	vii
Annexe F : Définitions de la santé psychologique.....	viii
Annexe G : Liens empiriques entre l'engagement affectif et l'épuisement professionnel.....	x
Annexe H : Liens empiriques entre l'engagement affectif et la détresse psychologique.....	xi
Annexe I : Questions socio-démographiques des entrevues avec les infirmières.....	xii
Annexe J : Résultats globaux de l'analyse qualitative.....	xiii
Annexe K : Résultats détaillés de l'analyse qualitative.....	xiv
Annexe L : Items vagues reformulés.....	xlviii
Annexe M : Items redondants éliminés.....	l
Annexe N : Formulaire d'information et de consentement.....	lii
Annexe O : Mémo à l'intention des infirmières.....	lv
Annexe P : Moyennes, écarts-types, et intercorrélations entre les variables de la pré-expérimentation.....	lvi
Annexe Q : Définitions des sous-dimensions du modèle de Massé et al. (1998a ; 1998b).....	lvii

Liste des tableaux

Tableau 1 : Guide d'entrevue.....	88
Tableau 2 : Analyse par composantes principales avec rotation oblimin sur les items d'investissement se rapportant aux facteurs suivants : service au patient, reconnaissance du superviseur, relation avec les collègues, conditions de travail, travail quotidien, avantages liés à l'ancienneté, expertise.....	126
Tableau 3 : Analyse par composantes principales avec rotation oblmin sur les items de santé psychologique se rapportant aux facteurs suivants : détresse psychologique et bien-être psychologique.....	129
Tableau 4 : Indices d'ajustement pour le modèle factoriel d'engagement envers l'unité de soins (21 items).....	133
Tableau 5 : Analyse factorielle confirmative à 4 facteurs obliques sur les items d'engagement se rapportant aux facteurs suivants : engagement affectif, engagement normatif, engagement de continuité (sacrifice perçu), engagement de continuité (manque d'alternative).....	134
Tableau 6 : Moyennes (M), écarts-facteurs (ÉT), coefficients de cohérence interne et coefficients de corrélation.....	136
Tableau 7 : Indices d'ajustement des modèles structuraux.....	139
Tableau 8 : Description des facteurs d'investissement.....	152

Liste des figures

Introduction.....	1
Figure 1. Cadre d'analyse général relatif aux investissements.....	7
Chapitre 1 : Fondement théorique.....	10
Figure 2. Modèle théorique des investissements : hypothèses et questions de recherche relatives aux liens directs et aux liens de médiation.....	75
Chapitre 3 : La mesure des investissements.....	119
Figure 3. Paramètres complètement standardisés du modèle de médiation complète.....	140

Liste des abréviations

AVA :	Avantages liés à l'ancienneté
CH :	Centre hospitalier
CHSLD:	Centre hospitalier de soins de longue durée
CLSC :	Centre local de services communautaires
COL :	Relation avec les collègues
CON :	Conditions de travail
CSSS :	Centre de santé et de services sociaux
EA :	Engagement affectif
ECS :	Engagement de continuité (sacrifice perçu)
ECA :	Engagement de continuité (manque d'alternative)
EN :	Engagement normatif
EXP :	Expertise
INV :	Investissements
INT :	Intention de départ
PAT :	Service au patient
TRA :	Travail quotidien
SAN :	Santé psychologique
SUP :	Reconnaissance du superviseur

Remerciements

Je remercie tout particulièrement monsieur André Savoie, qui a été mon mentor au cours de ces années. Merci pour cette invitation à la réflexion, merci de m'avoir permis de prendre du recul afin de bondir plus loin, merci pour nos discussions à saveur d'écoute et pour vos silences qui ont engendré en moi la force de continuer, me faisant réaliser que la détermination était une qualité première et qu'elle était fixée dans ma personnalité. Merci pour votre investissement et votre générosité à me guider dans ce parcours.

Je remercie, très sincèrement, monsieur Christian Vandenberghe, qui m'a permis de profiter de sa grande expertise à travers nos discussions et nos échanges conceptuels. Merci de m'avoir ouvert, avec une grande générosité, un très large accès à vos connaissances ainsi que pour vos précieuses recommandations. Pour votre disponibilité à mon endroit, pour votre sagesse et vos conseils judicieux, un grand merci monsieur Vandenberghe.

Un merci tout spécial à mes parents pour leur présence et leur écoute tout au long de ce parcours. Merci d'avoir partagé les moments de joie et les moments de doute. Votre soutien m'a été très précieux et m'a permis d'aller de l'avant et de réaliser mon rêve. Merci d'être là ! Je souhaite aussi remercier Alexandre qui a su m'épauler avec sagesse et humour tout au long de ce parcours.

Je tiens à remercier les différents établissements de santé qui m'ont ouvert leurs portes et qui ont, par le fait même, permis la réalisation de cette thèse. Je tiens à formuler un merci tout spécial à madame Christine Brassard pour son dévouement, son efficacité et

sa disponibilité. Je tiens aussi à remercier madame Marie Normand et monsieur Jean-François Labadie pour leur implication dans ce projet. Je souhaite remercier une infirmière très spéciale qui m'a grandement aidé pour la réalisation de mon expérimentation, madame Claudette Simard. Pour son dévouement et pour les nombreuses heures consacrées à ce projet, merci du fond du coeur. Je tiens à remercier madame Geneviève Roch pour son aide lors de la recherche de participants. Je souhaite également remercier les nombreuses infirmières qui ont pris de leur temps pour participer à une entrevue ou répondre au questionnaire. Ce projet n'aurait pu se réaliser sans votre participation.

Je tiens à remercier l'équipe de Melanson Roy Malletto Groupe Conseil de m'avoir aidé à concilier la rédaction de la thèse et la consultation.

Enfin, je tiens à remercier mes collègues et amis du laboratoire. Un merci tout particulier à Geneviève, Philippe, Catherine, Jacques et Annie pour les discussions, les soupers et les rires. Merci d'avoir mis un brin de soleil et de folie dans ma vie...

Dédicace

À mes parents,
pour toutes ces années de bonheur et d'amour...

Introduction

Le construit de « *side-bets* » provient d'une théorie bien connue de l'engagement organisationnel, soit la théorie des « *side-bets* » de Becker (1960). Bien que cette théorie ait contribué grandement au développement de la connaissance relative à l'engagement organisationnel, le construit même de « *side-bets* » demeure encore peu connu et peu étudié, et ce tant au niveau théorique qu'empirique. Ainsi, la pertinence et l'importance de la présente étude découle du fait que la documentation relative aux investissements est restreinte et que plusieurs lacunes se rapportant au construit d'investissement n'ont pas été traitées à ce jour. Dans cette optique, les paragraphes qui suivent font état de l'origine du terme investissement, des lacunes de la documentation, du cadre d'analyse de la présente recherche et du plan de la thèse.

Étymologie et traduction du terme « *side-bets* »

L'ensemble des recherches menées sur le concept de « *side-bets* » utilisent exclusivement ce terme anglais, aucune traduction française n'étant disponible à ce jour. La présente recherche propose donc une traduction française du terme « *side-bets* » basée sur l'évaluation des différentes significations pouvant être attribuées à ce terme ainsi que sur l'étymologie de concepts affiliés. Le terme anglais « *side-bets* » de la théorie de Becker (1960) est employé pour décrire un processus lié à la constance du comportement. Ce processus par lequel les « *side-bets* » ont un impact sur le comportement est décrit comme suit : par le passé l'individu a effectué des actions qui mettent en jeu des éléments qui ont de la valeur pour lui au moment présent. Le terme « *side-bets* » employé pour décrire la théorie sociale et organisationnelle de Becker (1960) est également utilisé dans un contexte complètement différent. En fait, le terme « *side-bets* » est utilisé dans le jargon relatif aux jeux de cartes, notamment le Poker et le Black Jack. Ce terme est alors défini comme étant un pari effectué entre deux joueurs ou plus sur les résultats d'une main (anonyme, 2006). Les joueurs qui font ce pari ne

participent toutefois pas de manière active à cette main. Dans cette optique, le terme « *side-bets* » réfère à la notion de pari qui est défini par l'affirmation de grande possibilité d'un événement, sans enjeu défini (Le Nouveau Petit Robert, 1995). Cette définition du pari met l'accent sur l'évaluation d'un individu qui estime qu'un événement se produira dans le futur.

Lorsque cette notion est appliquée à un individu évoluant en milieu organisationnel, il est plausible que ce dernier effectue une évaluation des différentes possibilités d'action qui s'offrent à lui, et ce dans le but de maximiser ses bénéfices à long terme. Cette explication mène à penser que le terme « *side-bets* » employé en contexte organisationnel est plus lié à la notion d'investissement qu'à la notion de pari. En ce sens, le parallèle existant entre la notion anglaise de « *side-bets* » et la notion française d'investissement permet d'illustrer ce propos. Plus précisément, le terme investissement est défini de différentes manières : a) action d'acquérir des biens de production pour l'exploitation d'une entreprise ; le capital physique ainsi acquis ; b) placement; c) action d'investir (Le Nouveau Petit Robert, 1995). Afin d'approfondir la signification de la définition du terme investissement, il importe de souligner que le verbe investir comporte cinq définitions : a) revêtir solennellement d'un pouvoir, d'une dignité, par la remise symbolique d'un attribut; b) entourer avec des troupes ; c) employer, placer (des capitaux) dans une entreprise ; d) mettre son énergie psychique dans une activité, un objet ; e) attacher beaucoup d'importance à une personne, une activité (Le Nouveau Petit Robert, 1995). Ainsi, il semble que le terme « investissement » correspond de manière adéquate à la notion de « *side-bets* » de la théorie de Becker (1960). En effet, le terme investissement tient compte de l'évaluation liée aux conséquences futures, ce qui est similaire au terme « pari ». De plus, le terme

investissement permet de mieux cerner la réalité décrite par Becker (1960) que le terme pari qui, dans la langue française, est principalement associé aux jeux de hasard.

Lacunes de la documentation sur les investissements

Peu d'études relatives aux investissements ont été effectuées, et ce tant au niveau théorique qu'au niveau empirique. Cette pauvreté de la documentation sur les investissements s'explique par des lacunes fondamentales au niveau de la conceptualisation, de l'opérationnalisation et du réseau nomologique du construit d'investissement. Ces différentes lacunes sont décrites ci-dessous.

Une première lacune de la documentation se retrouve au niveau théorique, et plus spécifiquement au niveau de la conceptualisation des investissements. Le texte original de Becker (1960) explicite la théorie à l'origine du construit d'investissement. Cette théorie propose le construit d'investissement comme étant un mécanisme social qui favorise le développement de l'engagement. Toutefois, cette théorie ne propose aucune définition claire et concise du construit d'investissement, mais plutôt une description vague de ce construit.

Une deuxième lacune se situe au niveau de l'opérationnalisation des investissements. La théorie de Becker (1960) propose cinq facteurs d'investissement, soit « les arrangements bureaucratiques, l'ajustement à la position sociale, la présentation de soi, les attentes culturelles généralisées et les préoccupations non reliées au travail ». Becker (1960) n'a toutefois effectué aucune étude empirique relative à ces facteurs d'investissement. De surcroît, plusieurs études empiriques qui se rapportent aux investissements emploient des variables socio-démographiques comme mesure, ce qui donne des résultats décevants (Alutto, Hrebiniak et Alonso, 1973 ; Aranya et Jacobson,

1975 ; Hrebiniak et Alutto, 1972 ; Ritzer et Trice, 1969, Sheldon, 1971). Les quelques études qui emploient une mesure d'investissement basée sur les facteurs de la théorie de Becker (1960) obtiennent des résultats contradictoires (Powell et Meyer, 2004 ; Shore, Tetrick, Shore et Barksdale, 2000), les facteurs d'investissement différant d'une étude à l'autre. Ainsi, aucune mesure fidèle et valide des investissements n'est à ce jour adoptée par la majorité de la communauté scientifique.

Une troisième lacune se situe au niveau du réseau nomologique des investissements. La théorie de Becker (1960) affirme que le fait d'accumuler des investissements et de développer un engagement incite l'individu à poursuivre une ligne d'action. Cette théorie demeure toutefois confuse quant au rôle précis de chacune de ces variables, soit les investissements, l'engagement et la poursuite de la ligne d'action. De surcroît, les construits d'investissement et d'engagement sont utilisés de manière interchangeable dans le texte original de Becker (1960). Cette confusion théorique a poussé plusieurs chercheurs à délaisser le construit d'investissement au profit de l'engagement, alors que d'autres ont plutôt assimilé le construit d'investissement à celui de l'engagement. Malgré cette confusion de la théorie originale (Becker 1960), il est plausible que le construit d'investissement contribue à la prédiction de l'engagement et de la constance de la ligne d'action. Les liens existant entre ces trois construits ont peu été explorés à ce jour et restent à découvrir.

Cadre d'analyse

Le cadre d'analyse de la présente recherche est basé sur le texte de Becker (1960) qui décrit les bases théoriques à l'origine du construit d'investissement ainsi que sur les études théoriques et empiriques ayant été effectuées sur les investissements.

La théorie de Becker (1960) soutient que les investissements et l'engagement sont liés à la continuité de la ligne d'action, ce qui en milieu de travail se rapporte au fait de rester en emploi. Le modèle théorique de Rusbult (1980a) ainsi que certaines études empiriques précisent l'idée de Becker (1960) et fournissent un appui à cette dernière en soutenant que les investissements ont un lien avec l'engagement (Meyer et al., 2002) et avec l'intention de départ (Powell et Meyer, 2004 ; Shore et al., 2000). Ainsi, lorsque l'employé a plusieurs investissements, son niveau d'engagement augmente et il a moins de pensées relatives au fait de quitter son emploi. De plus, quelques études empiriques affirment que le lien entre les investissements et l'intention de départ est médiatisé par l'engagement (Powell et Meyer, 2004; Rusbult, 1983 ; Rusbult et Farrell, 1983 ; Rusbult, Verette, Whitney, Slovik et Lipkus, 1991).

Outre les liens existant entre les investissements, l'engagement et l'intention de départ, aucune étude recensée n'évalue les liens existants entre les investissements et d'autres variables résultantes qui pourraient s'avérer intéressantes. Pourtant, une autre variable d'importance en regard des investissements peut être intégrée au réseau nomologique des investissements, soit la santé psychologique. Bien que la théorie de Becker (1960) ne fasse aucune mention du lien existant entre les investissements et la santé psychologique, quelques études théoriques et empiriques permettent de penser que ces deux concepts sont liés. En fait, un parallèle peut être fait entre les investissements et le concept de ressources (Demoureti, Bakker, Nachreiner et Schaufeli, 2001 ; Hobfoll, 1989). Ces deux construits partagent certaines caractéristiques puisqu'ils se rapportent tous deux à des éléments de l'emploi qui sont importants et valorisés par l'employé. Ainsi, les modèles théoriques (Demoureti et al., 2001 ; Hobfoll, 1989) et les études empiriques (Bakker, Demerouti, Boer et Schaufeli, 2003 ; Ellis et Miller, 1993; Krausz, Sagie et Bidermann, 2000) menées sur les liens entre les ressources, l'engagement et la

santé psychologique font ressortir que dans un environnement où les ressources sont inadéquates, les employés sont moins engagés et plus enclins à vivre des conséquences néfastes au niveau de leur santé psychologique (Schaufeli et Buunk, 1996). Par inférence, il est plausible que les investissements entretiennent des liens similaires avec l'engagement et la santé psychologique au travail. La figure 1 présente les relations qui sont testées dans le cadre de la présente recherche.



Figure 1. Cadre d'analyse général relatif aux investissements

Plan de la thèse

Face à ces constats, l'apport de la présente recherche à l'avancement des connaissances passe par le développement d'un cadre conceptuel et d'un instrument de mesure qui permet d'évaluer les investissements. Les objectifs de la recherche sont les suivants :

- 1) Examiner le concept d'investissement et faire le bilan des études qui s'y rapportent ;
- 2) Développer une instrumentation adéquate pour mesurer les investissements ;
- 3) Valider un modèle des investissements a) examiner le rôle des investissements dans l'explication de l'intention de départ et de la santé psychologique ; b) vérifier si le lien entre d'une part, les investissements et d'autre part, l'intention de départ et la santé psychologique est médiatisé par l'engagement.

Le premier chapitre de cette thèse fournit une analyse détaillée de l'état de la documentation sur le concept d'investissement. L'objectif de ce chapitre est de faire le bilan des connaissances théoriques et des études empiriques ayant trait au concept d'investissement. Le cadre théorique qui sous-tend le concept d'investissement, soit la

théorie de Becker (1960) est exposé, puis les caractéristiques du concept ainsi que les différents facteurs d'investissement présents dans la documentation sont décrits. Également, les instruments de mesure des investissements sont décrits et les limites qui s'y rapportent sont exposées. Les variables qui sont liées au concept d'investissement sont par la suite examinées afin d'obtenir un portrait global des connaissances accumulées sur le sujet. Enfin, les objectifs et les hypothèses de la présente recherche sont présentés.

Le deuxième chapitre décrit les différentes étapes qui ont mené à la création d'un instrument de mesure relatif aux investissements. La recension de la documentation ainsi que des entrevues menées auprès d'infirmières¹ du Réseau québécois de la santé ont été effectuées dans le but de faire ressortir les différents facteurs d'investissement qui sous-tendent le construit. Un questionnaire des investissements a été construit sur la base de l'analyse qualitative du discours des infirmières ainsi que sur la base des écrits théoriques. Des pré-tests ainsi qu'une pré-expérimentation ont été menés afin de vérifier les propriétés psychométriques de l'instrument créé.

Le troisième chapitre a pour objectif de vérifier la structure interne de la mesure des investissements et de valider un modèle théorique des investissements en évaluant les relations qui existent entre les investissements et a) l'engagement envers l'unité de soins ; b) l'intention de départ ; c) la santé psychologique. Les données de cette étude ont été recueillies auprès de 334 infirmières de différents établissements du Réseau québécois de la santé. Des analyses factorielles exploratoires et confirmatoires, des analyses corrélationnelles ainsi qu'une modélisation par équations structurelles ont permis de faire ressortir la pertinence ainsi que la validité du modèle théorique proposé

¹ Le terme infirmières est utilisé compte tenu de la majorité de femmes dans cette profession

ainsi que l'ampleur des liens existants entre ces variables. Les limites de cette étude ainsi que des pistes de recherche futures sont par la suite présentées.

Finalement, la conclusion expose les contributions de cette recherche, et ce tant au niveau théorique qu'au niveau pratique. La mise en contexte des résultats de cette thèse permet d'obtenir un nouvel éclairage sur la portée des résultats obtenus. Enfin, une rétrospective du processus ayant mené à la complétion de la thèse de doctorat est présentée.

Chapitre 1 : Fondement théorique

L'organisation qui veut avoir un avantage concurrentiel sur le marché de l'emploi met en place des dispositifs assurant la présence d'une force de travail dynamique, compétente et engagée. Pour ce faire, les organisations ont à identifier les variables sur lesquelles elles peuvent agir afin d'atteindre cet objectif. Des recherches récentes suggèrent que le construit d'investissement « *side-bets* » (Becker 1960) est une variable d'importance, bien que peu connue, qui permettrait aux organisations de conserver une force de travail engagée et en santé. Toutefois, le construit original de Becker (1960) n'est pas défini et demeure mal opérationnalisé dans la documentation. La présente recherche a donc pour objet de définir et d'opérationnaliser les investissements et d'établir la validité d'un modèle théorique des investissements.

Le présent chapitre décrit la théorie de Becker (1960) qui est à l'origine du construit d'investissement, il fait ressortir les différentes caractéristiques, les facteurs et les différents instruments de mesure des investissements. Ce chapitre présente également une définition intégrative du concept et établit les liens existants avec les autres variables à l'étude (engagement, intention de départ et santé psychologique).

1.1 Investissements

1.1.1 Construit d'investissement

Le construit d'investissement prend racine dans les théories relatives à l'échange et est décrit en détails par Becker (1960) et Becker et Carper (1956). La théorie des investissements est une théorie de l'engagement organisationnel, qui a donné lieu à un courant de recherche visant d'une part à comprendre ce qu'est l'engagement organisationnel et, d'autre part, ce que sont les investissements. Dans cette section, l'accent est mis sur la compréhension du construit d'investissement. Il est toutefois important de rappeler que le construit d'investissement, tel que décrit par Becker

(1960) et par Becker et Carper (1956) est intimement lié au construit d'engagement, d'où la confusion retrouvée dans la documentation quant à la nature de ces deux construits.

La théorie des investissements (Becker, 1960 ; Becker et Carper, 1956) propose un cadre de référence pour comprendre et clarifier le construit d'investissement. Becker (1960) ne fournit pas une définition explicite des investissements, mais il fournit une description du construit ainsi que des caractéristiques s'y rapportant. Selon cet auteur (Becker, 1960 ; 1964), l'individu entreprend une action pour certaines raisons. Avec le temps, les raisons pour lesquelles l'individu maintient l'action changent. Becker (1964) explique sa pensée en fournissant l'exemple d'un individu qui refuse de changer d'emploi, même si le nouvel emploi fournit de meilleures conditions de travail et un salaire plus élevé. Il affirme que la décision de ne pas accepter ce nouvel emploi laisse voir que d'autres bénéfices (que les conditions de travail et le salaire) sont désormais attachés à l'emploi occupé. Ainsi, il serait trop coûteux pour l'individu de changer d'emploi. Cet exemple met en évidence que les éléments, qui étaient au départ externes à sa conduite, influencent désormais son comportement et la constance de celui-ci. Confronté à un changement potentiel, l'individu évalue donc les coûts et les bénéfices liés au fait de cesser une ligne d'action. Lorsqu'il estime que le fait de cesser une ligne d'action est trop coûteux, il ne considérera pas cette alternative comme étant une option valable (Becker, 1960 ; Drummond et Chell, 2001 ; Sheldon, 1971). À partir de ce raisonnement, Becker (1960) soutient que les décisions qui impliquent des investissements incitent l'individu à s'engager et à stabiliser son comportement (Becker, 1960).

A partir de cette théorie, plusieurs auteurs ont repris et parfois interprété les caractéristiques attribuées par Becker (1960) au construit d'investissement. Une analyse permet de faire ressortir certaines similitudes quant aux caractéristiques attribuées au construit d'investissement. Une première caractéristique des investissements se rapporte au fait que **l'individu doit être conscient** de leur présence pour que ces derniers aient un impact lors d'une prise de décision (Becker, 1960). En ce sens, la survenue d'événements amènera la personne à être plus consciente des éléments qui ont de l'importance pour elle (ex. relations au travail), ce qui l'incitera à conserver sa ligne d'action (Meyer et Allen, 1997). Toutefois, Becker (1960, 1964) souligne que les investissements ne sont pas tous effectués de manière consciente et délibérée, certains investissements sont dit « par défaut » et se produisent lorsque l'individu entreprend plusieurs actions au départ non significatives, qui avec le temps lui permettent d'obtenir des éléments qui ont de l'importance pour lui et qu'il ne veut pas perdre (Becker, 1960). Généralement, ce n'est que lorsque des événements modifient la situation actuelle et mettent en danger les investissements que la personne réalise ce qu'elle peut perdre si elle modifie sa ligne d'action (Becker, 1960 ; 1964). Quelques interrogations surgissent toutefois quant à savoir si la notion de conscience s'applique aux investissements, à l'engagement ou à la constance de la ligne d'action, puisque ces notions sont imbriquées l'une dans l'autre dans la théorie de Becker (1960). L'explication fournie par Becker (1960) permet de penser que le fait d'être conscient se rapporte plus au concept d'investissement qu'au concept d'engagement. L'individu doit percevoir qu'il a effectué des investissements pour que ces derniers aient un impact sur son niveau d'engagement et sa décision de poursuivre une ligne d'action. L'engagement serait alors plutôt une résultante de la perception des investissements effectués. Dans le même ordre d'idées, la notion de conscience est intimement liée à celle de **présence** (deuxième caractéristique), c'est-à-dire que le fait

d'être conscient d'un investissement implique nécessairement que cet investissement est présent. De manière implicite, l'investissement doit donc être présent pour que l'individu ne veuille pas le perdre.

Une troisième caractéristique des investissements réfère à la notion de **coût associé au fait de cesser la ligne d'action**. À l'origine, la théorie des investissements est une théorie sociale de nature générale qui soutient que l'individu ne voudra pas perdre les investissements effectués, ce qui l'incitera à conserver une même ligne d'action (Becker, 1960 ; Becker et Carper, 1956). Cette notion de constance de la ligne d'action a été reprise et appliquée au monde du travail (Meyer et Allen, 1984 ; Meyer et Allen, 1997 ; Powell et Meyer, 2004 ; Shore et al., 2000 ; Stevens, Beyer et Trice, 1978). Lorsqu'un employé conserve la même ligne d'action, il demeure au sein de l'organisation pour laquelle il travaille (Meyer et Allen, 1984 ; Powell et Meyer, 2004) en raison des coûts associés à son départ. Le terme « associés à son départ » est en fait une déduction logique faite par les auteurs (Meyer et Allen, 1984 ; Meyer et Allen, 1997 ; Shore et al., 2000). Les investissements lient un individu à une ligne d'action particulière, car ce dernier perdrait quelque chose qui a de la valeur pour lui (Meyer et Allen, 1997 ; Stevens et al., 1978), par exemple le temps, l'argent et les efforts investis. Selon Meyer et Allen (1984), c'est le danger de perdre qui incite l'individu à s'engager envers l'organisation.

Une quatrième caractéristique se rapporte à **l'importance du facteur temps**. Selon la théorie de Becker (1960), l'individu fait des investissements qui au départ n'ont pas d'importance dans l'évaluation des coûts et des bénéfices liés à une ligne d'action. Ces investissements prennent de l'importance avec le passage du temps et finissent par devenir des éléments qui ont de la valeur pour l'individu. Cet individu prend alors en

considération les investissements dans la décision de continuer ou d'arrêter une ligne donnée d'action (Hrebiniak et Alutto, 1972). Selon la théorie de Becker (1960), c'est l'accumulation des investissements qui crée l'engagement. L'engagement est alors perçu comme un phénomène qui provient des transactions entre l'individu et l'organisation et qui découle de l'altération des investissements dans le temps (Alutto et al., 1973 ; Hrebiniak et Alutto, 1972, Shoemaker, Snizek et Bryant, 1977). La théorie avance donc de manière implicite qu'au fil du temps, les investissements s'accumulent et que l'engagement est favorisé. Toutefois, cette théorie n'indique aucunement que le passage du temps soit une caractéristique du concept d'investissements. En fait, la notion de temps semble davantage liée au concept d'engagement, puisque c'est l'engagement qui se développe grâce à l'accumulation des investissements. Certains auteurs (Stevens et al., 1978) ont omis de faire cette distinction entre le concept d'investissements et celui d'engagement. Ces auteurs ont utilisé la notion d'accumulation avec le temps comme une caractéristique fondamentale du concept des investissements et ont entrepris de mesurer les investissements à partir de variables qui réfèrent au passage du temps, soit des variables socio-démographiques (ex. âge et ancienneté), ce qui crée de la confusion entre le concept d'investissement et celui d'engagement tant au niveau théorique qu'empirique.

La description de la théorie de Becker (1960) et des caractéristiques qui réfèrent aux investissements laisse voir que ce concept est intimement lié à l'engagement et à la ligne constante d'action. La description fournie par Becker (1960) intègre ces trois concepts et il devient parfois difficile de les distinguer. Becker (1960) souligne cet imbroglio dans son texte en disant qu'il est facile de confondre ces concepts et qu'il importe de créer des mesures distinctes afin de les classer adéquatement. La section qui

suit décrit les différents facteurs d'investissement décrits par Becker (1960), ce qui constitue un premier pas vers la création d'une mesure distincte des investissements.

1.1.2 Facteurs d'investissement

Becker (1960) fait ressortir quatre facteurs d'investissement. Un premier type d'investissement se rapporte aux *attentes culturelles généralisées* qui proviennent d'un ou de plusieurs groupes de référence importants pour l'individu (Becker, 1960). Le groupe de référence évalue si les actions ou les pensées de l'individu sont acceptables. Lorsque l'individu enfreint les normes prescrites par son groupe de référence, il subit des pénalités. Becker (1960) donne l'exemple d'un individu qui a récemment changé d'emploi et qui reçoit une offre alléchante de la part d'un concurrent. Cet individu évalue l'alternative et peut prendre en considération la norme sociale qui l'incite à conserver son emploi actuel. Il peut alors refuser l'emploi offert en raison des coûts liés au fait d'être perçu comme une personne instable par la société (Becker, 1960 ; 1964).

Un deuxième type d'investissement, *les arrangements bureaucratiques impersonnels*, (Becker, 1960) peuvent être effectués par l'individu ou par une autre cible, notamment l'organisation. Ces arrangements peuvent référer à des éléments de nature économique, matérielle, à des avantages sociaux ou à des services offerts. L'individu peut avoir recours à tous les investissements fournis par la structure du système dans lequel il évolue, même s'il n'en devient conscient que lorsqu'il doit prendre des décisions importantes. Par exemple, ces arrangements peuvent référer au régime de retraite (Becker, 1964), au salaire, aux bénéfices liés à l'ancienneté (Becker, 1960) et à l'avancement (Powell et Meyer, 2004). Aussi, la mobilité est considérée comme un élément de renforcement puisqu'elle fournit plusieurs types de récompenses désirées par les employés (Grusky, 1966), par exemple un statut plus élevé.

Une troisième forme d'investissement existe lorsque l'individu *s'ajuste à la position sociale* qu'il occupe. Une personne peut modifier ses modèles d'activités afin de se conformer aux pré-requis d'une position sociale. L'individu adopte alors les cognitions et les comportements requis pour jouer adéquatement le rôle qu'il occupe, ce qui le rend moins adéquat pour jouer d'autres rôles. Au fil du temps, l'individu s'adapte à la position occupée et il exécute les activités requises avec plus de facilité. Il lui est alors plus facile d'obtenir une bonne performance dans la position occupée (Becker 1960 ; Becker et Strauss, 1956). Par exemple, la maîtrise de certaines techniques de travail peut procurer de la satisfaction à l'individu (Becker et Strauss, 1956). Il semble alors plausible que cet individu souhaite demeurer dans un emploi où il obtient une bonne performance. Il ne voudra pas perdre la maîtrise des techniques de travail qu'il a acquises et demeurera dans son emploi actuel.

Becker (1956) soutient également que des investissements peuvent se produire par l'intermédiaire des interactions avec d'autres personnes, ce qui correspond au type *présentation de soi* (quatrième type) de la théorie des «side-bets». Il note que les individus tentent de présenter à leurs pairs une certaine image d'eux-mêmes. Pour ce faire, ils adoptent les comportements et les pensées qui se rattachent à l'image qu'ils veulent projeter. Les activités d'une personne seront contraintes par le type de personne qu'elle a présenté dans ses interactions, ce qui l'incitera à adopter une ligne constante d'activité. Par exemple, l'honneur et la gloire associés à un type de poste particulier peuvent inciter l'individu à demeurer en emploi, afin de conserver l'image qu'il projette. D'autre part, les règles qui régissent les interactions incitent les autres à préserver l'image projetée par une personne, ce qui renforce l'individu dans sa ligne d'action initiale. Becker (1964) résume ce type d'investissement en parlant du besoin de l'individu de «sauver la face». L'individu souhaite que les gens qui ont de

l'importance à ses yeux conservent une image positive de lui. Cet individu demeure alors en emploi afin de conserver l'image positive que lui envoie ses proches.

Becker (1960) souligne que les facteurs d'investissement mentionnés dans sa théorie ne sont pas exhaustifs. Il fournit d'autres facteurs d'investissement à titre d'exemples, il parle notamment *des préoccupations non reliées au travail* qui réfèrent aux éléments de la vie familiale et de la communauté et *des relations sociales* (Becker, 1964 ; Becker et Strauss, 1956 ; Sheldon, 1971) qui se rapportent aux interactions et à l'identification avec les autres membres de l'organisation. Par exemple, si l'individu quitte son emploi, il doit se faire de nouveaux amis (Becker et Strauss, 1964) et apprendre à s'entendre avec de nouveaux associés. Il est à noter que les relations sociales ne sont reprises par aucun auteur dans la documentation relative aux investissements et pourraient être intégrées à une classification plus complète des investissements.

L'objectif de Becker (1960) étant de voir comment le comportement passé incite l'individu à conserver une même ligne d'action, les auteurs (Shore et al., 2000) s'attendent à ce que plusieurs types de force soient à l'origine du lien existant entre l'individu et l'organisation. Les différents facteurs d'investissement peuvent être perçus comme étant des forces de nature économique ou sociale (Shore et al., 2000). Tout d'abord, certains investissements réfèrent à des enjeux économiques. Les arrangements bureaucratiques réfèrent notamment au salaire, aux bénéfices liés à l'ancienneté, aux primes, aux opportunités d'avancement, aux avantages sociaux, aux régimes d'assurance, aux parts dans l'entreprise et aux services offerts aux employés (ex : garderie). Ces différents éléments permettent à l'individu de répondre à ses besoins de nature pécuniaire. Shore et al. (2000) affirment aussi que l'ajustement à la position sociale est un autre investissement à caractère économique. Selon la description de

Becker (1960), cet investissement réfère au fait de s'adapter à un rôle social spécifique. L'individu suit donc des formations et acquiert des habiletés et des connaissances afin de pouvoir exercer adéquatement ce rôle. Le fait que ces connaissances et habiletés ne soient pas transférables implique certains coûts de nature économique pour l'individu. L'individu qui possède un savoir très spécifique, ne pourra pas l'utiliser s'il décide de mettre fin à sa ligne d'action. Ensuite, les attentes culturelles généralisées et la présentation de soi mettent l'accent sur l'environnement social. Le point commun de ces investissements est en fait d'introduire une tierce personne. La personne peut alors être préoccupée par l'opinion des autres (présentation de soi) ou par le fait de se sentir obligée envers l'autre (attentes culturelles). Les préoccupations non reliées au travail, sont quant à elles des forces qui réfèrent à la famille et à la communauté (Shore et al., 2000).

La théorie de Becker (1960) qui décrit plusieurs caractéristiques ainsi que plusieurs facteurs d'investissement a favorisé l'émergence de différentes mesures qui sont présentées dans la section qui suit.

1.1.3 Mesure des investissements

Deux catégories d'instruments ont été élaborées au cours des dernières décennies afin de mesurer le concept d'investissement, soit les instruments de mesure qui opérationnalisent les investissements comme étant des variables socio-démographiques (Alutto et al., 1973 ; Aranya et Jacobson, 1975 ; Ritzer et Trice, 1969 ; Sheldon, 1971) et les instruments qui traitent les investissements comme étant des bénéfiques (Powell et Meyer, 2004 ; Shore et al., 2000 ; Whitener et Walz, 1993).

1.1.3.1 Investissements comme variables socio-démographiques

Les premières études qui reprennent la théorie des investissements emploient des variables socio-démographiques pour mesurer le construit (Alutto et al., 1973 ; Angle et Perry, 1983 ; Aranya et Jacobson, 1975 ; Bland, 1981 ; Hrebiniak et Alutto, 1972 ; Ritzer et Trice, 1969, Sheldon, 1971). L'hypothèse générale à l'origine de ces mesures est que les investissements s'accroissent avec le temps. La stratégie de recherche retenue est alors de démontrer que l'engagement augmente lorsque le nombre ou l'importance des investissements s'accroît (Angle et Perry, 1983 ; Hrebiniak et Alutto, 1972 ; Meyer et Allen, 1984; Ritzer et Trice, 1969). En premier lieu, les auteurs affirment que l'âge est le meilleur indicateur du nombre d'actions posées par un individu (Ritzer et Trice, 1969 ; Sheldon, 1971). L'individu qui prend de l'âge a entrepris plus d'actions, il a donc effectué plus d'investissements, ce qui augmente son niveau d'engagement envers l'organisation. L'augmentation de l'âge implique une accumulation de ressources valorisées par l'organisation, un intérêt moindre pour les autres organisations (Hrebiniak et Alutto, 1972) et des opportunités de mobilité restreintes (Sheldon, 1971). De plus, les individus plus âgés demandent des bénéfices plus élevés en raison de leur expérience et du nombre d'années limité qu'ils leur reste à travailler (Sheldon, 1971).

En deuxième lieu, l'ancienneté est parfois employée comme mesure des investissements (Mathieu et Zajac, 1990). Le rationnel qui sous-tend ce choix de variable est que l'individu qui travaille depuis longtemps au sein de l'organisation subit plus de coûts s'il décide de quitter. De manière similaire, la variable « temps investi dans une activité » est parfois employée pour mesurer les investissements (Rubin et Brockner, 1975). Une étude expérimentale souligne ainsi que plus une personne investit du temps dans une action, plus le coût lié au fait d'y mettre fin est élevé (Rubin et

Brockner, 1975). La variable « temps » est alors comparable au temps investi dans une organisation qui est mesuré par l'ancienneté dans certaines études (Mathieu et Zajac, 1990) menées en milieu organisationnel.

En troisième lieu, Ritzer et Trice (1969) soutiennent que lorsque l'individu a un niveau d'éducation faible, il a moins d'alternatives d'emploi et donc plus d'investissements dans l'organisation. Ritzer et Trice (1969) estiment aussi qu'une faible mobilité (changement de compagnie, changement d'emploi et changement de lieu géographique) est liée à un engagement organisationnel élevé.

En quatrième lieu, le fait d'être marié et le fait d'avoir des enfants seraient deux variables liées positivement à l'engagement, puisque dans les deux cas l'individu partage des rôles sociaux avec son conjoint (Bock, 1967) et a plus de responsabilités (Ritzer et Trice, 1969 ; White, 1978). Le sexe serait également considéré comme un investissement, car il est intimement lié aux responsabilités (Alutto, Hrebiniak et Alonso, 1973). Les individus qui doivent assumer plus de responsabilités, ne veulent pas perdre les investissements que leur confère leur emploi au sein de l'organisation. Ils ont donc plus tendance à s'engager envers l'organisation. Ces liens ne sont toutefois pas confirmés par l'ensemble des études. En outre, une étude de Griffin et Hepburn (2005) n'obtient aucun lien significatif entre le fait d'être marié, le fait d'avoir le salaire principal du ménage et l'engagement de continuité.

En cinquième lieu, un salaire plus élevé serait lié à l'engagement envers l'organisation. Une personne qui reçoit un salaire plus élevé a plus à perdre. Elle est donc moins portée à quitter l'organisation (Ritzer et Trice, 1969).

De manière générale, les études qui opérationnalisent les investissements comme des variables socio-démographiques ont fait l'objet de remises en question et de critique de la part de la communauté scientifique (Meyer et Allen, 1984). Certains auteurs soutiennent en ce sens que l'âge et l'ancienneté ne sont pas de bonnes mesures de l'accumulation d'investissements (Meyer et Allen, 1984). Même si les investissements augmentent avec l'âge et l'ancienneté, ils sont confondus avec d'autres variables reliées à l'âge. Par exemple, même si le salaire et le statut augmente avec les années d'expérience au sein d'une même organisation (ce qui rend le départ plus difficile), les connaissances, les habiletés et l'expérience augmentent aussi, ce qui favorise les chances de trouver un autre emploi (Powell et Meyer, 2004). Il serait alors fautif de prendre pour acquis que les liens entre l'âge, l'ancienneté et l'engagement organisationnel reflètent une relation avec les investissements accumulés (Meyer et Allen, 1984). Les lacunes relevées dans la documentation remettent donc en doute l'utilisation des variables socio-démographiques comme mesure des investissements (Cohen et Lowenberg, 1990 ; Meyer et Allen, 1984 ; Morrow, 1993 ; Shore et al., 2000 ; Wallace, 1997). Ces mesures semblent problématiques tant au niveau conceptuel qu'empirique (Shore et al., 2000), ce qui a incité des chercheurs à proposer de nouvelles mesures du concept d'investissements.

1.1.3.2 Investissements comme bénéfiques

Des études récentes opérationnalisent le concept d'investissement comme étant des bénéfiques (Powell et Meyer, 2004 ; Shore et al., 2000 ; Whitener et Walz, 1993). Une première équipe de chercheurs (Whitener et Walz, 1993) ont créé une mesure des investissements de trois items qui obtient une consistance interne acceptable ($\alpha = .75$). Les deux premiers items réfèrent à la sécurité et au statut. Le troisième item est très général et se rapporte au régime de retraite, sécurité, communauté, activités, amis au

travail et au statut. Cette mesure possède une bonne validité de construit ainsi qu'une bonne consistance interne ($\alpha=.75$). Toutefois, cette mesure des investissements est déficiente, puisqu'elle ne reprend que certains aspects de la théorie de Becker (1960), soit les arrangements bureaucratiques (sécurité, pension), la présentation de soi (statut) les préoccupations non reliées au travail (communauté, activités). Aucun item ne se rapporte aux attentes culturelles généralisées ni à l'ajustement à la position sociale. De plus, le troisième item inclut plusieurs aspects distincts, ce qui le rend confus. De manière générale, les items se rapportent à l'aspect économique des investissements, mais les auteurs ont fait un effort pour intégrer des éléments se rapportant aux aspects personnels.

Une deuxième équipe de chercheurs (Shore et al., 2000) a tenté d'opérationnaliser le construit d'investissement et de pallier les lacunes de la documentation relative à la mesure de ce concept. En outre, les auteurs tentent de cerner le concept d'investissement dans son ensemble et d'inclure l'ensemble des facteurs d'investissement rapportés par Becker (1960) (Shore et al., 2000). Pour ce faire, ils incluent les investissements de nature économique ainsi que les investissements qui se rapportent aux préoccupations personnelles.

L'étude menée par Shore et ses collègues (2000) est faite auprès de 327 étudiants à temps partiel au MBA. Pour les fins de l'étude, les auteurs ont créé une mesure qui comporte 32 items et qui reflète les 5 catégories de Becker (1960). La consigne fournie est la suivante : considérez que vous venez de recevoir une offre d'emploi et considérez les éléments qui pourraient vous faire hésiter à accepter l'emploi. La consigne se termine par : il serait difficile pour moi de quitter mon organisation parce que... Cette consigne met en scène l'optique d'un nouvel emploi. L'individu doit alors évaluer sa

perception de chaque énoncé en fonction d'une situation hypothétique. Il peut s'avérer difficile pour certains sujets d'imaginer cette situation afin de répondre aux différents énoncés. Il est alors possible de s'interroger sur la validité d'une telle mesure. De plus, la consigne de Shore et al. (2000) inclut la notion de départ volontaire. Becker (1960) rappelle qu'il est important de distinguer les différents concepts de la théorie. Ainsi, le construit d'investissement ne doit pas être confondu à la notion de ligne constante d'action qui peut être associée au départ volontaire. Cette distinction n'est toutefois pas présente dans la consigne utilisée par l'équipe de Shore et al. (2000), ce qui amène une certaine ambiguïté.

Une analyse par composante principale a permis aux auteurs de faire ressortir 5 facteurs. Trois de ces cinq facteurs sont consistants avec la théorie de Becker (1960), soit les arrangements bureaucratiques ($\alpha=.66$), l'ajustement à la position sociale ($\alpha=.74$) et les préoccupations non reliées au travail ($\alpha=.78$). En ce qui a trait à la catégorie arrangements bureaucratiques, les auteurs rapportent certains faits inconsistants. Ils soutiennent que la catégorie arrangement bureaucratique comprend 4 items. Pourtant le tableau d'analyse factorielle présente 8 items pour cette catégorie. Outre cette inconsistance, certains items de la catégorie « arrangements bureaucratiques » ne semblent pas liés à la catégorie telle que décrite par Becker (1960). Par exemple, l'item « la pensée de quitter mon organisation m'effraie puisque je réussis bien dans la présente organisation » reprend la notion de départ volontaire et ne réfère pas à la nature économique de la catégorie arrangements bureaucratiques. En théorie la catégorie arrangements bureaucratiques représente les pertes les plus tangibles qui pourraient survenir si l'individu quittait son organisation. Certains items inclus dans la mesure de Shore et al. (2000) ne correspondent pas à cette réalité.

Les catégories attentes culturelles généralisées et présentation de soi ne ressortent pas de l'analyse par composante principale. Les auteurs expliquent ce résultat en disant que ces deux facteurs d'investissement mettent l'accent sur l'environnement social et qu'ils seraient plus alignés avec une conceptualisation affective et normative (Shore et al., 2000) qu'avec la conceptualisation plus économique des investissements. La question demeure non résolue à savoir si les investissements sont exclusivement de nature économique. En contrepartie, les auteurs obtiennent deux facteurs supplémentaires grâce à l'analyse factorielle qu'ils nomment, responsabilité organisationnelle ($\alpha=.86$) et le fait d'être remplaçable ($\alpha=.79$) (Shore et al., 2000). La catégorie responsabilité organisationnelle inclut des items diversifiés. Certains items réfèrent au fait de se sentir obligé envers des entités, telles l'organisation, l'employeur et les collègues de travail. D'autres items se rapportent au statut (ça me manquerait de ne plus avoir le respect et le prestige), à la satisfaction (je suis satisfait de cette organisation) et à l'image personnelle projetée (je perdrais le respect de mes collègues). La catégorie « fait d'être remplaçable » comporte aussi des items diversifiés. Certains items réfèrent de manière explicite au fait d'être remplaçable, mais d'autres items se rapportent aux liens d'amitié et à la réputation de l'employé. Ces deux nouvelles catégories qui ne proviennent pas de la théorie de Becker (1960) semblent donc plutôt éclatées en terme de contenu. Les corrélations obtenues entre les 5 facteurs d'investissement, vont de $.19 \leq r \leq .37$, ce qui suggère que ces facteurs ne sont pas redondants.

L'étude de Shore et al. (2000) constitue un avancement relatif au développement de la mesure des investissements. Ces auteurs reprennent les différents facteurs d'investissement énoncés par Becker (1960) et incluent non seulement des investissements de nature économique, mais aussi des investissements liés aux préoccupations personnelles.

Une troisième équipe de chercheurs (Powell et Meyer, 2004) a tenté de réviser la mesure des investissements créée par Shore et al. (2000). Plus spécifiquement, ils ont effectué des ajustements visant à clarifier les distinctions qui existent entre les différents facteurs d'investissement. Dans cette étude, Powell et Meyer (2004) se fient aux catégories théoriques plutôt qu'aux relations empiriques pour former des échelles d'investissement et ils créent leur mesure à partir des définitions de chaque type d'investissement. Cette méthode déductive leur a permis de faire ressortir sept facteurs d'investissement. La mesure finale comprend 39 items (4 à 6 items par catégorie). La consigne élaborée demande aux participants de dire à quel point chaque élément est responsable du fait qu'il continue à travailler dans cette organisation. Cette consigne semble toutefois peu claire pour un participant qui n'est pas très familier avec le concept d'investissement. De plus, cette consigne inclut la notion de demeurer au sein de l'organisation. Tel que mentionné précédemment, cette confusion est commune à plusieurs mesures des investissements. Les auteurs (Powell et Meyer, 2004) ont aussi révisé les facteurs d'investissement existants afin de créer une mesure plus adaptée des investissements. Ils ont repris les cinq catégories initiales utilisées par Shore et al. (2000) et ont ajouté deux catégories supplémentaires .

Les deux nouvelles catégories d'investissements de l'étude de Powell et Meyer (2004) se nomment conditions satisfaisantes et manque d'alternatives. Les auteurs justifient l'addition de ces deux nouveaux facteurs d'investissement par le fait qu'il est coûteux pour l'employé de quitter l'organisation s'il vit des expériences positives (ex : bons collègues) et si les alternatives d'emploi sont limitées. En ce qui concerne le type « alternatives d'emploi », une confusion émerge, puisqu'il est utilisé comme variable prévisionnelle de l'engagement, mais aussi comme composante du concept d'engagement. Compte tenu des caractéristiques propres aux investissements décrites

précédemment, il ne semble pas que le manque d'alternatives soit un investissement. Cette variable n'est pas un élément qui a de la valeur et que l'individu ne voudrait pas perdre. Il ne semble donc pas approprié d'inclure cette variable dans une mesure des investissements. Dans l'ensemble, les résultats de l'étude de Powell et Meyer (2004) montrent que l'instrument de mesure créé possède des propriétés psychométriques plus ou moins acceptables. En ce sens, la consistance interne s'avère faible à élevée pour les différents facteurs d'investissement (ajustement individuel $\alpha = .77$; arrangements bureaucratiques $\alpha = .54$; attentes $\alpha = .71$; conditions satisfaisantes $\alpha = .78$; manque d'alternatives $\alpha = .57$; préoccupations non reliées au travail $\alpha = .82$; présentation de soi $\alpha = .86$) et les corrélations entre items sont faibles.

1.1.4 Définition des investissements

Les sections précédentes ont fourni une description du concept d'investissement, des caractéristiques qui s'y rapportent ainsi que des différents facteurs pouvant y être associés. Aucune définition du concept d'investissement n'ayant été proposée ni adoptée par la communauté scientifique, il semble important de reprendre les aspects majeurs qui constituent l'essence même du concept d'investissement afin de fournir une définition claire, concise et opérationnelle du concept. La définition proposée est basée sur les caractéristiques communes ressortant de la documentation et se rapporte plus précisément aux investissements effectués en contexte organisationnel. Les investissements peuvent être perçus comme étant des **bénéfices reliés au travail qui ont de la valeur pour l'individu et qu'il ne voudrait pas perdre**. Le terme « bénéfice » provient du latin *beneficium* qui signifie bienfait et des termes *bene* « bien » et *facere* « faire ». L'utilisation du terme « bénéfice » semble justifiée dans la mesure où les investissements sont des éléments qui ont de l'importance pour l'individu et par le fait même « qui lui font du bien ». De par son étymologie, le terme

« bénéfice » renvoie aussi à la notion de perte, car l'individu ne veut pas renoncer aux éléments qui constituent des bienfaits pour lui.

La définition proposée doit être en continuité avec les caractéristiques du concept énoncées précédemment. Un premier élément se rapporte au fait d'être conscient des investissements effectués. La définition proposée inclut de manière implicite la notion de conscience lorsqu'il est dit que « il ne voudrait pas perdre ». L'individu qui ne veut pas perdre un bénéfice spécifique, doit nécessairement avoir conscience de cet aspect. Un deuxième élément se rapporte à la notion de présence de l'investissement. En fait, de manière implicite, un bénéfice doit être présent pour que l'individu ne veuille pas le perdre. Un troisième élément réfère à la notion de coût qui est repris par la notion de perte de la définition. La définition proposée ne met toutefois pas en lien la notion de coût avec la notion de constance de la ligne d'action. En fait, une certaine confusion émerge de la documentation quant au rôle de la ligne constante d'action. Cette notion est employée pour décrire la nature des investissements ainsi que celle de l'engagement. L'analyse méticuleuse des textes laisse voir que la poursuite d'une ligne constante d'action est en fait une résultante de l'engagement (Becker, 1960). C'est pourquoi la définition n'inclut pas la notion de coût lié au fait de cesser une ligne constante d'action. Le quatrième élément, soit la notion de temps se rapporte davantage, tel que mentionné précédemment, au concept d'engagement. Ainsi, l'accumulation des investissements contribue au développement de l'engagement. Cette accumulation ne réfère pas à la nature des investissements, mais bel et bien à celle de l'engagement. Face à ce constat, il ne semble pas pertinent d'inclure la notion de temps dans la définition du concept d'investissement.

Bref, la recension de la documentation sur les investissements fait ressortir les caractéristiques du concept, les facteurs d'investissement définis par les auteurs ainsi que les instruments de mesure qui permettent à ce jour de cerner le concept d'investissements. Ce bilan permet aussi de mettre à jour des lacunes tant au niveau de la conceptualisation que de l'opérationnalisation du concept d'investissements et ultimement de proposer une définition intégrée des investissements. Les sections 1.2 à 1.4 se veulent une intégration des recherches au niveau théorique et empirique qui permettent de lier le concept d'investissements à des résultantes du milieu organisationnel. Le choix des variables à l'étude a été orienté en premier lieu par la théorie originale de Becker (1960). En fait, cette théorie est à l'origine d'une confusion entre les concepts d'investissement, d'engagement et de continuité de ligne d'action qu'il importe de dissiper. En deuxième lieu, il importe d'identifier et d'étudier des concepts qui permettent de mieux cerner le réseau nomologique, encore peu connu, des investissements. Une analyse de la documentation ainsi qu'une réflexion sur le concept d'investissement a permis de faire ressortir des liens entre les investissements et le vécu émotionnel des individus, et de manière plus spécifique la santé psychologique. Les sections qui suivent mettent donc l'accent sur trois variables pertinentes qui sont liées (théoriquement et/ou empiriquement) au concept d'investissement, soit l'engagement organisationnel, le départ volontaire et la santé psychologique au travail.

1.2 Engagement organisationnel

Le concept d'engagement organisationnel est intimement lié à celui d'investissement, tant au niveau théorique qu'empirique. D'une part, tel que mentionné précédemment, le concept d'investissement provient d'une théorie de l'engagement organisationnel (Becker, 1960) et d'autre part, plusieurs études empiriques font ressortir les liens existants entre les investissements et l'engagement organisationnel. Cette section a pour

objet de présenter brièvement les différents modèles de l'engagement organisationnel, de décrire de manière détaillée le modèle tridimensionnel de Meyer et Allen (1991) adopté par la majorité de la communauté scientifique et de présenter les liens empiriques qui unissent les investissements à l'engagement organisationnel.

1.2.1 Modèles théoriques de l'engagement organisationnel

La section qui suit présente les différents modèles de l'engagement organisationnel, les dimensions ainsi que les instruments de mesure qui s'y rapportent. Durant plusieurs décennies, l'engagement a été défini comme un concept unidimensionnel. Plusieurs auteurs ont proposé des définitions différentes du concept d'engagement organisationnel qui se regroupent en trois approches distinctes (Reichers, 1985): les « side-bets », les attributions et la congruence individu/organisation. La première approche dite des « side-bets » soutient que l'engagement est fonction des récompenses et des coûts liés au fait d'être membre d'une organisation (Alutto et al., 1973 ; Becker, 1960 ; Farrell et Rusbult, 1981 ; Grusky, 1966 ; Hrebiniak et Alutto, 1972 ; Rusbult et Farrell, 1983 ; Sheldon, 1971). La deuxième approche relative aux attributions soutient que l'engagement se développe lorsque le choix d'entreprendre une action est basé sur des facteurs décisionnels intrinsèques et/ou extrinsèques (Kiesler et Sakumura, 1966 ; O'Reilly III et Caldwell, 1980). La troisième approche soutient que l'engagement se produit lorsque les individus s'identifient avec l'organisation et font des efforts pour atteindre les buts et les valeurs de l'organisation (Angle et Perry, 1981 ; Bartol, 1979 ; Bateman et Strasser, 1984 ; Hall, Schneider et Nygren, 1970 ; Morris et Sherman, 1981 ; Mowday, Porter et Steers, 1982 ; Mowday, Steers et Porter, 1979 ; Porter, Crampon et Smith, 1976 ; Porter, Steers, Mowday et Boulian, 1974 ; Stevens et al., 1978 ; Stumpf et Hartman, 1984 ; Welsch et La Van, 1981).

De nombreux auteurs tendent désormais à concevoir l'engagement organisationnel comme un concept multidimensionnel (Mayer et Schoorman, 1992 ; Meyer, Stanley, Herscovitch et Topolnytsky, 2002 ; Vandenberghe, 2002). Plusieurs approches multidimensionnelles ont été élaborées au cours des ans, par exemple l'approche de Angle et Perry (1981) (engagement de valeur et engagement à rester), l'approche de O'Reilly et Chatman (1986) (acquiescement, identification et internalisation), l'approche de Penley et Gould (1988) (moral, calculatif et aliénant), l'approche de Mayer et Schoorman (1992) (engagement de valeur et engagement de continuité) et l'approche de Jaros, Jermier, Koehler et Sincich (1993) (affectif, de continuité et moral). L'annexe A fournit un tableau résumé des définitions de ces approches et de leurs dimensions respectives. L'approche multidimensionnelle qui a reçu le plus d'appuis empiriques (Vandenberghe, 2002) est celle de Meyer et Allen (1991) qui, il est important de le préciser, reprend et combine la théorie de Becker (1960), celle de Porter et al. (1974) et une autre théorie moins connue et utilisée, celle de Wiener (1982). L'annexe B décrit les trois modèles (Becker, 1960 ; Porter et al., 1974 ; Wiener, 1982) qui servent de base théorique à celui de Meyer et Allen (1991).

La présente étude reprend l'approche théorique adoptée par la majorité de la communauté scientifique à ce jour, celle de Meyer et Allen (1991) afin de cerner les liens existants entre les investissements et l'engagement organisationnel. Ce modèle multidimensionnel comporte trois dimensions, soit l'engagement affectif, l'engagement normatif et l'engagement de continuité (Meyer et Allen, 1991). Tel que mentionné précédemment, le concept d'investissement est intimement lié à la conceptualisation de l'engagement de Becker (1960) et par le fait même, à la dimension de continuité du modèle de Meyer et Allen (1991). Ce faisant, la section qui suit met l'accent sur la dimension de continuité du modèle (Meyer et Allen, 1991) ainsi que sur les instruments

de mesure développés pour la mesurer. Les deux autres dimensions (affective et normative) sont abordées, par la suite, de manière plus succincte.

1.2.1.1 Dimension de continuité

La dimension de continuité du modèle de Meyer et Allen (1991) provient de la théorie des investissements de Becker (1960). Cette théorie, reprise par Meyer et Allen (1991), s'inscrit dans une perspective sociologique très large et se veut une réflexion préliminaire sur le concept d'engagement. Tout comme pour les investissements, la théorie de Becker (1960) ne fournit pas une définition précise de l'engagement organisationnel, mais propose plutôt une seule et même explication permettant de comprendre comment les investissements et l'engagement organisationnel incitent l'individu à poursuivre une ligne d'action (description détaillée à la section 1.1.1). Ce processus, appliqué à des phénomènes aussi divers que le pouvoir, la religion, la politique et le travail, soutient que l'individu a des intérêts qui le poussent à émettre certains comportements. L'individu effectue par la suite une évaluation cognitive des actions émises et il évalue les implications de ses comportements. Il décide ensuite s'il doit continuer ou non cette ligne d'action. Cette évaluation permet à l'individu de prendre conscience que ses actions l'amènent à faire des investissements et que s'il cesse cette ligne d'action, il perdra les investissements accumulés. L'engagement résulte donc d'une accumulation d'investissements valorisés par l'individu qui seraient perdus si la personne rompait sa ligne d'action, ce qui équivaut dans le cas présent à quitter l'organisation. La menace de perdre les investissements combinée au manque d'alternatives perçues pour remplacer les pertes amènent la personne à s'engager auprès de l'organisation et à conserver son emploi.

Dans les années '70, des études qui se basent sur la théorie de Becker (1960) proposent des mesures de cette forme d'engagement. Tout d'abord, Ritzer et Trice (1969) ainsi que l'équipe de Alutto et al. (1973) développent des mesures qui demandent aux répondants d'indiquer la probabilité qu'ils quittent leur emploi si on leur propose différents bénéfices (ex. salaire, liberté et statut). Meyer et Allen (1984, 1991) soulèvent des lacunes inhérentes aux mesures de l'engagement développées par Ritzer et Trice (1969) et Alutto et al. (1973). En premier lieu, ils remettent en question le fait que ces instruments mesurent bel et bien l'engagement lié aux coûts (Meyer et Allen, 1991). En fait, l'individu qui obtient un résultat élevé au questionnaire de Ritzer et Trice (1969) ou Alutto et al. (1973) ne quitterait pas l'organisation malgré la présence d'une alternative d'emploi intéressante. Face à ce constat, Meyer et Allen (1991) suggèrent que l'intention de rester n'est peut-être pas liée aux coûts associés au départ, mais plutôt à l'engagement affectif de l'employé envers l'organisation. Des études empiriques rapportent en ce sens que les mesures de Ritzer et Trice (1969) et celle de Alutto et al. (1973) sont corrélées avec deux mesures de l'engagement affectif, l'échelle d'engagement affectif (ACS) (Meyer et Allen, 1984) et le questionnaire sur l'engagement organisationnel (OCQ) (Mowday et al., 1979). Ces résultats permettent à Meyer et Allen (1991) d'affirmer que les mesures de Ritzer et Trice (1969) et de Alutto et al. (1973) sont contaminées. En deuxième lieu, Meyer et Allen (1984) remettent en question la fidélité de la mesure développée par Ritzer et Trice et adaptée par Alutto et al. (1973) car le format du questionnaire ne permet pas d'estimer de coefficient alpha. Afin de pallier ces lacunes, Meyer et Allen développent un modèle tridimensionnel de l'engagement ainsi qu'un instrument de mesure qui s'y rapporte. Les trois dimensions du modèle, dont l'engagement de continuité, qui correspond à la conceptualisation de l'engagement de Becker (1960), sont opérationnalisées en un nouvel instrument de mesure. De manière générale, les résultats d'études empiriques rapportent que

l'instrument possède de bonnes propriétés psychométriques : validité de construit (trois facteurs : engagement affectif, normatif et de continuité) (Allen et Meyer, 1996), consistance interne (Allen et Meyer, 1990 ; Cohen, 1993 ; Dunham, Grube et Castaneda, 1994 ; Hackett, Bycio et Hausdorf, 1994 ; Meyer, Allen et Smith, 1993 ; Meyer, Irving et Allen, 1998 ; Reilly et Orsak, 1991) et fidélité (Bentein, Vandenberghe et Dulac, 2004 ; Meyer, Bobocel et Allen, 1991). En ce qui a trait à l'engagement de continuité, certaines analyses factorielles font ressortir un seul facteur (Allen et Meyer, 1990, Meyer et al., 1993, Vandenberghe, 1996), tandis que d'autres études obtiennent deux facteurs interprétables (McGee et Ford, 1987, Hackett et al., 1994 ; Meyer, Allen et Gellatly, 1990 ; Somers, 1993), soit le sacrifice perçu associé au fait de quitter l'organisation et le manque d'alternatives. Récemment, certains auteurs (Bentein et al., 2004 ; Powell et Meyer, 2004) ont effectué des analyses factorielles confirmatoires afin de déterminer si l'engagement de continuité comprend un ou deux facteurs. Les résultats de ces études montrent que le modèle qui distingue les deux facteurs d'engagement de continuité obtient un meilleur ajustement aux données que le modèle avec un seul facteur (Bentein et al., 2004 ; Powell et Meyer, 2004). À partir de ces résultats, plusieurs auteurs (McGee et Ford, 1987 ; Hackett et al., 1994 ; Meyer et al., 1990 ; Powell et Meyer, 2004) affirment que l'engagement de continuité comporte deux sous-dimensions, soit le sacrifice perçu et le manque d'alternatives.

1.2.1.2 Dimensions affective et normative

Outre l'engagement de continuité, le modèle de Meyer et Allen (1991) comporte deux autres dimensions qui sont détaillées dans la présente section. La **dimension affective** du modèle de Meyer et Allen (1991) est issue de l'approche psychologique, et plus spécifiquement de la théorie de Porter et al. (1974). Selon cette théorie, l'engagement organisationnel est défini comme l'intensité de l'identification et l'implication d'un

individu face à l'organisation (Porter et al., 1974 ; Sheldon, 1971). Porter et al. (1974) ajoutent que l'engagement organisationnel est caractérisé par trois facteurs : (1) une forte croyance dans les valeurs et les buts de l'entreprise, (2) une volonté de faire des efforts considérables pour l'organisation et (3) le souhait d'en rester membre. Meyer et Allen (1991) ont repris et adapté cette théorie. Ils définissent l'EA comme un attachement émotionnel, une identification et une implication envers l'organisation. Savoie (1992) reprend ces composantes de l'approche attitudinale et indique que l'attachement émotionnel est de nature affective, que l'identification réfère à un aspect normatif et que l'implication serait plutôt de nature comportementale. En ce qui concerne la mesure de la dimension affective, l'instrument de mesure unidimensionnel le plus utilisé est le questionnaire sur l'engagement organisationnel (OCQ) de Mowday et al. (1979), un questionnaire de 15 items qui évalue l'acceptation des valeurs de l'organisation, la volonté de faire des efforts et le désir de rester membre de l'organisation. Mowday et son équipe (1979) ont fourni plusieurs évidences montrant que le questionnaire possède de bonnes propriétés psychométriques : consistance interne, fidélité test-retest, validité convergente, validité discriminante et validité prédictive (Dunham, et al., 1994 ; Hackett et al., 1994).

La **dimension normative** du modèle de Meyer et Allen (1991) provient, pour sa part, de la théorie de Wiener (1982) qui est elle-même inspirée du modèle de Fishbein (1967). Ce modèle théorique (Fishbein, 1967) vise à prédire et comprendre les intentions comportementales à la l'origine des comportements de l'individu. Ces intentions découlent de deux principaux facteurs, soit l'attitude envers l'émission du comportement et la norme subjective (Wiener, 1982). Cet auteur emploi le deuxième facteur, soit la norme subjective pour définir l'engagement de manière générale. Selon ce dernier, la norme subjective provient certes des pressions sociales exercées par le

groupe de référence, mais aussi des normes morales personnelles de l'individu (Wiener, 1982). Ces normes morales se développent lorsque l'individu internalise les valeurs, les normes et les croyances partagées par son groupe de référence. Par la suite, il adopte des comportements qui sont valorisés par ses pairs. Dans cette optique, Wiener (1982) définit l'engagement organisationnel comme la totalité des pressions normatives internalisées par l'individu qui le poussent à agir de manière à rencontrer les buts et les intérêts de l'organisation. En lien avec cette définition, l'engagement normatif est donc essentiellement une évaluation cognitive du bien-fondé d'émettre ou non certains comportements. En ce qui a trait à la mesure de l'engagement normatif, Wiener et Vardi (1980) utilisent une échelle de mesure en trois items qui demande aux répondants d'indiquer dans quelle mesure ils croient qu'une personne devrait : a) être loyale à l'organisation, b) faire des sacrifices pour l'organisation et c) ne pas critiquer l'organisation. Toutefois, outre la consistance interne de l'échelle ($\alpha: .60$), les autres propriétés psychométriques de l'instrument ne sont pas rapportées (Meyer et Allen, 1991).

Tel que mentionné précédemment, l'instrument de mesure de Meyer et Allen (1991) est une mesure adéquate des dimensions affective et normative de l'engagement qui possède de bonnes propriétés psychométriques (Meyer et Allen, 1991). Toutefois, certains auteurs remettent en question l'indépendance de ces deux dimensions en raison des corrélations élevées obtenues entre ces dernières (Ko, Price et Mueller, 1997). Malgré les liens élevés obtenus entre l'engagement affectif et normatif, ces deux composantes entretiennent des relations d'intensité différente avec plusieurs variables prévisionnelles (ex : soutien organisationnel) (Cohen, 1996 ; Meyer et al., 2002). Les auteurs retiennent donc les trois dimensions (affectif, normatif et de continuité) comme étant à la base du construit d'engagement (Meyer et al., 2002).

Les différents modèles théoriques de l'engagement organisationnel présentés dans cette section, et plus particulièrement les modèles qui s'inspirent de la théorie de Becker (1960), ont fait l'objet d'études empiriques qui établissent des liens entre le concept d'investissement et celui d'engagement organisationnel. Ces études sont détaillées dans les paragraphes qui suivent.

1.2.2 Liens empiriques entre les investissements et l'engagement

1.2.2.1 Investissements comme variable socio-démographique

Les premières études visant à établir les liens empiriques entre les investissements et l'engagement, ont opérationnalisé les investissements comme étant des variables socio-démographiques, telles l'âge, l'ancienneté, le fait d'être marié, le nombre d'enfants, le niveau d'éducation et le salaire.

Une étude de Ritzer et Trice (1969) menée auprès de gestionnaires n'indique aucune relation significative entre, d'une part, l'âge, le niveau d'éducation, le mariage, le nombre d'enfants et, d'autre part, l'engagement organisationnel et une relation faible entre le salaire et le niveau d'engagement. D'autres études indépendantes (Aranya et Jacobson, 1975 ; Stevens et al., 1978) qui emploient l'instrument de mesure des investissements de Ritzer et Trice (1969) obtiennent des résultats similaires : aucun lien significatif entre l'âge (échantillon de gardes forestier de l'état) (Shoemaker et al., 1977), l'ancienneté (échantillon de gardes forestier de l'état) (Shoemaker et al., 1977), l'éducation (Stevens et al., 1978), le mariage, le nombre d'enfants, le salaire, le changement d'organisation, le changement géographique et l'engagement organisationnel (Aranya et Jacobson, 1975). De plus, l'étude de Stevens et al. (1978) présente des liens faibles entre le genre, l'ancienneté et l'engagement organisationnel. Ces résultats étant peu concluants, les auteurs affirment que la théorie des

investissements de Becker (1960) devrait être rejetée (Ritzer et Trice, 1969). Ils soutiennent que l'engagement organisationnel, qui résulte d'une série d'investissements conscients et inconscients, est en fait une catégorie résiduelle. Ils ajoutent que l'engagement organisationnel ne se dévoile que lorsque l'individu ne s'engage pas envers son occupation. Ils concluent que l'engagement organisationnel est un phénomène psychologique et non un phénomène structurel, tel que proposé par Becker (1960). Une analyse de l'étude de Ritzer et Trice (1969) permet de faire ressortir certaines lacunes au niveau méthodologique qui remettent en doute la conclusion des auteurs (Cohen et Lowenberg, 1990 ; Meyer et Allen, 1984 ; Shore et al., 2000). D'une part, l'instrument de mesure créé par Ritzer et Trice (1969) et repris par Aranya et Jacobson (1975) comporte certaines lacunes au niveau de la mesure de l'engagement. La consigne de cette mesure (Ritzer et Trice, 1969) demande aux participants d'indiquer s'ils changeraient d'organisation définitivement, s'ils sont indécis ou s'ils ne changeraient pas d'organisation pour différentes raisons. Cette consigne réfère à la notion de départ volontaire, ce qui engendre une certaine confusion entre le concept d'engagement et celui de départ volontaire (similaire à la ligne constante d'action). En ce sens, Becker (1960) soutient qu'il est facile de confondre ces concepts et que des mesures distinctes doivent être élaborées afin de clarifier la situation. Ceci étant, la mesure de l'engagement ne devrait pas faire mention du concept de départ volontaire. D'autre part, les différents éléments (salaire, liberté, statut, responsabilités et possibilités d'avancement) inclus dans la mesure de l'engagement organisationnel de certaines études (Aranya et Jacobson, 1975 ; Ritzer et Trice, 1969) pourraient être pris comme des investissements. L'exemple du salaire permet d'illustrer ces propos, car les auteurs emploient le salaire comme investissements ainsi que comme élément faisant partie du concept d'engagement. Ainsi, il existe une certaine confusion au niveau conceptuel. Le salaire pourrait être un élément qui incite l'individu à demeurer au sein

de l'organisation. Cet élément devient alors un investissement qui sera alors une variable prévisionnelle de l'engagement et non une composante de ce dernier.

L'étude de Ritzer et Trice (1969) n'ayant fourni que peu d'évidence empirique en faveur de la théorie des investissements, certains chercheurs veulent comprendre ces résultats et les reproduire pour s'assurer du bien fondé de la conclusion tirée par Ritzer et Trice (1969). Alutto et al. (1973) s'interrogent quant à savoir si la mesure de l'engagement de Ritzer et Trice (1969) est assez sensible et si des modifications méthodologiques pourraient l'améliorer. Ils effectuent une révision de la mesure d'engagement créée par Ritzer et Trice (1969) et reproduisent l'étude auprès d'infirmières et de professeurs. Dans cette étude (Alutto et al., 1973) la mesure d'engagement comprend des items sur le salaire, la liberté et le statut. La notion de responsabilité est enlevée car elle peut être interprétée positivement ou négativement. De plus, la notion d'avancement est remplacée par les liens d'amitié avec les collègues. La consigne est la suivante : « un emploi vous est offert dans un autre domaine. Quitteriez-vous votre profession sous les conditions suivantes » et les items formulés ne comportent que le format « une petite augmentation ». Les auteurs estiment que la mesure de l'engagement est plus valide et efficace lorsque le format « une petite augmentation » est utilisé seul (Alutto et al., 1973). Ils ont supprimé les formats « aucune augmentation » et « une grande augmentation » (Alutto et al., 1973).

L'utilisation de l'échelle modifiée (Alutto et al., 1973) permet de trouver des relations positives significatives entre l'âge (garde forestier fédéral) (Shoemaker et al., 1977), l'éducation (garde forestier de l'état) (Shoemaker et al., 1977), l'ancienneté (Meyer et Allen, 1984 ; Shoemaker et al., 1977), le fait d'être marié, le genre (les femmes ont un niveau d'engagement plus élevé), l'âge auquel le participant a occupé son premier

emploi dans son domaine (garde forestier de l'état) (Shoemaker et al., 1977) et le nombre de lieux différents où le participant a travaillé (garde forestier de l'état) (Shoemaker et al., 1977) et l'engagement organisationnel (Alutto et al., 1973 ; Hrebiniak et Alutto, 1972). Bref, les résultats obtenus fournissent un appui à la théorie originale de Becker (1960) et, en ce sens, contredisent les résultats de Ritzer et Trice (1969). Ces divergences peuvent être dues à l'utilisation d'une mesure révisée et aux différences liées aux échantillons employés pour chacune de ces deux études (Shoemaker et al., 1977).

D'autres études méta-analytiques et indépendantes ont utilisé des variables socio-démographiques comme mesure des investissements. D'une part, une étude méta-analytique de Cohen et Lowenberg (1990) obtient des liens relativement faibles entre les investissements et l'engagement ($-.11 \leq r \leq .20$) (Cohen et Lowenberg, 1990). De la même manière, les études indépendantes font ressortir des liens généralement faibles entre les investissements et l'engagement. Une étude indépendante de Sheldon (1971) obtient des liens significatifs entre l'âge (faible), la position (faible), l'ancienneté (élevé) et l'engagement organisationnel. Une étude de Grusky (1966) montre que la mobilité à l'intérieur de l'organisation entretient des liens faibles à modérés avec l'engagement organisationnel. Une autre étude menée subséquemment par Meyer et Allen (1984) reprend la mesure de Ritzer et Trice (1969) et obtient un lien significatif entre cette mesure et l'ancienneté des employés. Toutefois, une étude indépendante de Cohen et Gattiker (1992) n'obtient aucun lien significatif entre certains investissements (le fait d'être marié, l'ancienneté) et l'engagement de continuité. Face à ces résultats, plusieurs auteurs remettent en doute le bien-fondé de l'utilisation des variables socio-démographiques comme mesure des investissements (Cohen et Lowenberg, 1990 ; Meyer et Allen, 1984 ; Shore et al., 2000 ; Wallace, 1997) et ce, en raison des

problèmes tant au niveau conceptuel qu'empirique (mentionnés précédemment) liés à cette mesure (Shore et al., 2000). Les critiques relatives à cette mesure ont incité d'autres chercheurs à opérationnaliser le concept d'investissement différemment (Rusbult et Farrell, 1983 ; Meyer et al., 2002 ; Powell et Meyer, 2004 ; Shore et al., 2000).

1.2.2.2 Investissements comme bénéfiques

Des recherches subséquentes ont opérationnalisé les investissements comme étant des bénéfiques et obtiennent des résultats empiriques intéressants. Certaines études établissent des liens empiriques entre les facteurs d'investissement qui proviennent de la théorie de Becker (1960) et chacune des dimensions et sous-dimensions de l'engagement organisationnel (Griffin et Hepburn, 2005 ; Meyer et al., 2002 ; Powell et Meyer, 2004 ; Shore et al., 2000).

Une étude méta-analytique de Meyer et al. (2002) indique que les investissements ne sont pas liés à l'engagement de continuité ($p=.01$) (deux sous-dimensions non différenciées), mais qu'ils sont liés faiblement à l'engagement affectif ($p=.24$) et à l'engagement normatif ($p=.21$). L'étude de Shore et al. (2000) montre que a) les facteurs d'investissement « responsabilité organisationnelle » ($r=.29$, $p<.01$), « ajustement » ($r=.22$, $p<.01$) et « arrangements bureaucratique » ($r=.31$, $p<.01$) sont liés positivement et faiblement à la dimension de continuité de l'engagement (deux sous-dimensions non différenciées) ; b) les facteurs d'investissement « responsabilité organisationnelle » ($r=.52$, $p<.01$), « les préoccupations non reliées au travail » ($r=.17$, $p<.01$) et « les arrangements bureaucratiques » ($r=.27$, $p<.01$) sont liés positivement à l'engagement affectif ; les cinq facteurs d'investissement de la théorie de Becker (1960) sont liés faiblement ($.09 \leq r \leq .18$, $p<.05$) à l'engagement normatif. Pour sa part, l'étude

de Powell et Meyer (2004) rapporte que a) les arrangements bureaucratiques ($\beta=.49$, $p<.05$), les conditions satisfaisantes ($\beta=.28$, $p<.05$), les préoccupations non liées au travail ($\beta=.18$, $p<.05$), le manque d'alternatives ($\beta=.14$, $p<.05$) sont liés positivement à l'engagement de continuité (sous-dimension sacrifice élevé) ; b) les attentes ($\beta=.47$, $p<.05$) et les conditions satisfaisantes ($\beta=.28$, $p<.05$) entretiennent des liens positifs faibles à modérés avec l'engagement normatif ; et c) les conditions satisfaisantes ($\beta=.78$, $p<.05$) sont liées positivement et fortement à l'engagement affectif.

Récemment, une équipe de chercheurs, Griffin et Hepburn (2005) a repris le type d'investissement « ajustement à la position sociale » de la théorie de Becker (1960) sous le vocable « habiletés non transférables ». Les résultats de cette étude indiquent que ce type d'investissement est lié négativement et faiblement à l'engagement de continuité (2 sous-dimensions non différenciées). Les auteurs (Griffin et Hepburn, 2005) interprètent ces résultats en disant que l'employé supporte la norme de réciprocité et qu'il se sent redevable envers l'organisation qui lui a permis d'acquérir ces habiletés. Il est toutefois important d'interpréter ces résultats avec précaution puisque la mesure de l'engagement de continuité est composée d'un seul item visant à savoir si l'employé compte rester dans cette organisation jusqu'à sa retraite. Cette mesure réfère principalement à l'intention de départ de l'employé et non à son engagement de continuité. Les résultats concordent dès lors avec le raisonnement initial de Becker (1960). Lorsque l'individu a acquis des habiletés qu'il ne peut pas transférer à un autre emploi, il a moins l'intention de quitter cet emploi.

De manière générale, l'analyse des recherches théoriques et empiriques a permis de faire ressortir les différences entre le concept d'investissement et celui d'engagement organisationnel et d'établir les liens existants entre ces deux concepts. Les études empiriques, qui opérationnalisent le concept d'investissement comme étant des

bénéfiques, laissent voir que le concept d'investissements entretient bel et bien des liens avec le concept d'engagement organisationnel. Certaines lacunes demeurent toutefois présentes, puisque les auteurs ne s'entendent pas quant aux différents facteurs d'investissement existants et quant à la force des liens qu'ils entretiennent avec l'engagement organisationnel des employés.

1.3 Départ volontaire

Une autre variable d'intérêt, le départ volontaire, est liée au concept d'investissement et d'engagement. Cette variable qui se rapporte à la notion de constance du comportement de la théorie originale de Becker (1960) a fait l'objet de recherches de nature théorique et empirique. La section qui suit présente les études sur le départ volontaire qui permettent d'établir un lien entre les investissements et cette résultante du milieu organisationnel.

Le départ volontaire se produit lorsqu'un individu, qui reçoit une compensation monétaire pour sa participation au sein d'une organisation, décide volontairement de cesser d'être membre de cette organisation (Youngblood, Mobley et Meglino, 1983). Le départ de ces employés, particulièrement ceux qui ont de l'expérience ou du talent, engendre divers types de coûts qui peuvent mettre en péril le bon fonctionnement de l'organisation. De manière plus spécifique, Hom et Griffeth (1995) identifient cinq types de coûts que peut subir l'organisation qui perd des employés : les coûts économiques, la perte de productivité, les pertes d'opportunités d'affaires, l'augmentation du fardeau administratif et la démoralisation des employés. La rétention des employés étant une variable importante pour assurer le bon fonctionnement de l'organisation, de nombreux auteurs ont tenté de déterminer quelles sont les variables qui permettent de prédire le départ des employés. Parmi ces variables, le concept

d'investissements ressort comme étant une variable intéressante pour expliquer le départ volontaire et ce, tant au niveau théorique qu'empirique. La section qui suit décrit brièvement les modèles du départ volontaire et met l'accent sur le modèle des investissements de Rusbult (1980a) qui décrit l'importance des investissements dans l'explication du départ volontaire. Par la suite, les liens empiriques entre les investissements, l'engagement et l'intention de départ/ départ volontaire sont abordés.

1.3.1 Modèles théoriques du départ volontaire

La section qui suit présente de manière succincte les principaux modèles théoriques de la documentation qui se rapportent au départ volontaire (March et Simon, 1958 ; Mobley, 1977 ; Porter et Steers, 1973 ; Price et Mueller, 1981 ; Lee et Mitchell, 1994). Par la suite, une description détaillée du modèle des investissements de Farrell et Rusbult (1985), un modèle théorique qui établit des liens théoriques et empiriques entre les investissements et le départ volontaire, est présentée.

1.3.1.1 Principaux modèles du départ volontaire

La recherche sur le départ volontaire a été basée durant de nombreuses années sur les idées de March et Simon (1958). La théorie de March et Simon (1958) soutient que les employés et l'organisation cherchent à trouver un équilibre entre les bénéfices fournis aux employés et les contributions de ces derniers, ce qui assure la survie de l'organisation. Selon la théorie, cet équilibre entre les bénéfices et la contribution est fonction de deux composantes motivationnelles distinctes, soit la désirabilité perçue et la facilité de mouvement. À travers le temps, la facilité de mouvement a été renommée « alternatives d'emploi » et la désirabilité du mouvement se retrouve désormais sous le terme « satisfaction ». Ces deux construits (alternatives d'emploi et satisfaction) sont à la base de plusieurs courants de recherche sur le départ volontaire.

Plusieurs modèles théoriques du départ volontaire reprennent les notions de base de la théorie de March et Simon (1958), soit les alternatives d'emploi et la satisfaction. Un premier modèle, le modèle de Porter et Steers (1973) suggère que ce n'est pas l'ampleur du salaire ou les opportunités d'avancement qui sont à l'origine de la satisfaction de l'employé, mais plutôt à quel point ces facteurs permettent de combler les attentes de l'individu (Porter et Lawler, 1968). Ainsi, lorsque l'organisation n'arrive pas à rencontrer les attentes de l'individu, la satisfaction diminue et la probabilité de quitter l'organisation augmente. Dans le même ordre d'idées, un deuxième modèle, le modèle de Porter, Steers, Mowday et Boulian (1974) soutient que les attentes comblées favorisent la satisfaction au travail et l'engagement organisationnel qui à leur tour réduisent l'intention de quitter l'organisation. Un troisième modèle, le modèle de Mobley (1977 ; Mobley, Griffeth, Hand et Meglino, 1979 ; Mobley, Horner et Hollingsworth, 1978), explore comment l'insatisfaction au travail amène les gens à quitter l'organisation. Ce modèle linéaire explique le rôle de différentes cognitions liées au départ comme mécanisme principal qui transforme l'insatisfaction en départ réel (Hulin, Roznowski et Hachiya, 1985 ; Mobley, 1977 ; Mobley et al., 1979 ; Agho, Mueller et Price, 1993 ; Rusbult et Farrell, 1983 ; Sheridan et Abelson, 1983 ; Spencer, Steers et Mowday, 1983). Plus précisément, le modèle stipule que l'employé qui vit de l'insatisfaction face à son travail pense quitter et cherche des alternatives d'emploi, puis il a l'intention de quitter et le départ réel se produit. Plusieurs études donnent un support empirique à la structure du modèle de Mobley (1977) (Bannister et Griffeth, 1986 ; Dalessio, Silverman et Schuck, 1986 ; Hom, Caranikas-Walker, Prussia et Griffeth, 1992 ; Mobley et al., 1978), tandis que d'autres études font ressortir des lacunes au niveau de l'opérationnalisation des construits du modèles de Mobley (Hom et Griffeth, 1991). À partir de ce constat plusieurs modèles alternatifs du modèle de Mobley ont été proposés (Arnold et Feldman, 1982 ; Hom, Griffeth et Sellaro, 1984 ;

Hom et Griffeth, 1991 ; Hom et al., 1992 ; Jaros et al., 1993 ; Sager, Griffeth et Hom, 1998 ; Sager et Menon, 1994) et remettent en question les relations entre les cognitions de départ du modèle original de Mobley (1977). Un quatrième modèle, le modèle structurel de Price et Mueller (1981) est pour sa part basé sur une analyse plus sociologique et économique du départ volontaire et met l'accent sur la satisfaction de l'employé et les causes qui s'y rattachent (Mitchell et Lee, 2001). Un cinquième modèle, celui de Muchinsky et Morrow (1980), met plutôt l'accent sur les alternatives d'emploi. Selon ce modèle, les déterminants économiques (taux d'emploi, opportunités d'obtenir du travail) sont des variables prévisionnelles du départ volontaire. Ainsi, la relation entre l'insatisfaction au travail et le départ volontaire serait plus forte pour les gens qui ont des alternatives d'emploi. Les sixième (Mobley, Griffeth, Hand et Meglino, 1979) et septième modèles (Hom et Griffeth, 1995) effectuent une intégration des différents courants de recherche et mettent à la fois l'accent sur la satisfaction au travail et sur les alternatives d'emploi.

Un modèle récent, le « unfolding model » de Lee et Mitchell (1994) soutient que d'autres variables (outre les alternatives d'emploi et la satisfaction) et d'autres processus permettent de comprendre le départ volontaire. Ces auteurs se sont basés sur la théorie de l'image pour élaborer le « unfolding model » qui comprend trois composantes majeures. Une première composante est le choc, c'est-à-dire un événement qui amène l'individu à faire un jugement quant à l'à-propos de quitter son emploi (Mitchell et Lee, 2001). Une deuxième composante est le script, un plan d'action qui existe avant que le choc ne survienne. La troisième composante est la recherche, c'est-à-dire les activités qui impliquent de regarder pour des alternatives d'emploi et l'évaluation de ces alternatives. En quatrième lieu, la violation de l'image se produit lorsque les valeurs, les buts et les stratégies pour atteindre les buts de

l'employé ne correspondent pas à ceux de l'organisation ou à ceux qui apparaissent en raison du choc subi. La cinquième composante est la réduction du niveau de satisfaction qui se produit lorsque l'emploi ne fournit plus les bénéfices intellectuels, émotionnels ou financiers désirés.

Tel que mentionné précédemment, le « unfolding model » soutient que d'autres facteurs que les affects initient le processus de départ volontaire (Lee, Mitchell, Wise et Fireman, 1996). Plus précisément, Lee et Mitchell (1994) soutiennent que l'individu effectue une analyse des facteurs compensatoires qui l'incitent à demeurer en emploi malgré l'insatisfaction vécue. Certains facteurs relatifs aux attributs de l'emploi mais aussi des facteurs personnels, des facteurs familiaux et des facteurs reliés à la communauté incitent l'individu à conserver son emploi. Ainsi, lors du processus de départ volontaire, la personne évalue ce qu'elle devrait sacrifier si elle décidait de quitter son emploi actuel, ce qui se rattache à la notion d'investissements discutée ci-haut.

Les différents modèles décrits dans cette section mettent l'accent sur le processus qui mène l'employé à la décision de quitter l'organisation. Toutefois ces modèles n'offrent que très peu de réponses quant à la nature des variables qui incitent l'employé à quitter l'organisation. En fait, à ce jour, peu d'études relatives aux facteurs qui incitent les individus à demeurer en emploi ont été menées (Mitchell et Lee, 2001). Toutefois, un modèle théorique appliqué aux relations amoureuses et amicales ainsi qu'au monde du travail suggère que le concept d'investissement est une variable prévisionnelle importante qui permet d'expliquer le départ volontaire (Farrell et Rusbult, 1985). Ce modèle est décrit dans la section suivante.

1.3.1.2 Modèle de Rusbult (1980a)

Le modèle de Rusbult (1980a) a pour objectif de prédire le niveau d'engagement, le niveau de satisfaction ainsi que la durée d'implication de l'individu dans une variété d'associations, telles les relations amoureuses (Carter, 2002 ; Lund, 1985), les relations amicales (Rusbult, 1980b) et les relations au travail (Van Dam, 2005). Ce modèle adopte plusieurs principes de la théorie de l'interdépendance (Kelley et Thibaut, 1978) et soutient que les individus sont motivés à maximiser les bénéfices et à réduire les coûts. En ce sens, Rusbult (1980a) affirme que les investissements, perçus comme étant des bénéfices, sont des déterminants puissants de la stabilité de la relation (Duffy et Rusbult, 1986 ; Lund, 1985 ; Rusbult, 1980a ; Farrell et Rusbult, 1992). Les investissements influencent le niveau d'engagement de l'individu qui en retour influence directement la décision de quitter l'association. Plus précisément, les investissements peuvent être de deux types, intrinsèques ou extrinsèques. Les investissements extrinsèques sont des intérêts externes qui deviennent liés au comportement, par exemple, le fait de posséder une maison est un investissement pour un couple. Les investissements intrinsèques, pour leur part, peuvent impliquer notamment le temps passé dans la relation, l'implication émotionnelle, le dévoilement de soi et l'argent. Puisque les deux facteurs d'investissement ne sont pas transférables d'une relation à l'autre, l'individu qui fait ces investissements a moins de chance de quitter cette association. Également, le niveau d'engagement augmente avec le passage du temps, car les investissements effectués engendrent une augmentation du coût lié au fait de se retirer de l'association (Rusbult, 1983).

Cette théorie créée à l'origine pour expliquer l'engagement et la stabilité des relations amoureuses a été appliquée également en milieu de travail. Lorsque la théorie est appliquée à un tel milieu, les deux facteurs d'investissement demeurent similaires, mais

les ressources sont alors liées à l'emploi. Ainsi, les investissements intrinsèques se rapportent principalement à l'ancienneté, à l'effort, à la formation non transférable, au régime de retraite et aux aspects familiaux de l'emploi, alors que les investissements extrinsèques réfèrent par exemple aux arrangements pour la maison et le voyage, aux amis, au travail. La théorie soutient que lorsque les employés ont beaucoup d'investissements, ils ont beaucoup à perdre si la relation avec l'organisation se termine, ils agissent alors de façon plus constructive lorsque les conditions de travail se détériorent et ont plus tendance à demeurer au sein de l'organisation. Cette idée, selon laquelle les pertes potentielles incitent les employés à conserver leur emploi, est reprise par Griffeth et Hom (2001) qui proposent une série de bénéfices afin de retenir les employés, par exemple des bénéfices monétaires, des horaires flexibles, des services de garde d'enfants, des programmes de soins pour les aînés, des congés familiaux et médicaux, des bénéfices de convenance (ex. service de banque sur place, services de voyage, nettoyeur). Les propositions théoriques du modèle des investissements de Rusbult (1980a) ont fait l'objet d'études empiriques rapportées ci-dessous.

Avant de présenter ces résultats, il est important de faire une parenthèse, puisque la documentation relative au départ volontaire introduit un nouveau concept jusqu'ici non inclus dans les études sur les investissements, l'intention de départ. Cette variable est très fréquemment utilisée dans les études sur le départ volontaire (Griffeth, Hom et Gaertner, 2000). Certains auteurs (Krausz, Koslowsky, Shalom et Elyakim, 1995 ; Shore, Newton et Thornton, 1990) soutiennent, en ce sens, que l'utilisation de l'intention de départ a des avantages distincts sur l'utilisation du comportement de départ. En premier lieu, les auteurs justifient l'utilisation de cette variable par le fait qu'elle s'avère être la meilleure variable prévisionnelle du départ volontaire réel (Griffeth et al., 2000). Ainsi, lorsque l'employé émet une forte intention de départ, il est

probable qu'il décide de quitter l'organisation (Griffeth et Hom, 2001 ; Krausz et al., 1995). En deuxième lieu, Krausz et ses collègues (1995) soutiennent que les comportements sont souvent influencés par d'autres variables (ex.. politiques compagnies, conditions économiques) qui ne peuvent pas être contrôlées par le chercheur. En troisième lieu, les données recueillies sur le départ réel par les organisations sont souvent biaisées. Par exemple, l'organisation peut classer un départ comme étant volontaire pour protéger la réputation d'un employé ou classer un départ comme étant non volontaire afin de permettre à l'employé d'obtenir de l'assurance chômage. En outre, les rapports fournis par l'individu peuvent aussi être biaisés. Par exemple, l'individu peut donner des raisons afin de ne pas réduire sa chance d'être engagé à nouveau ou d'obtenir un emploi dans une autre organisation. Il peut aussi utiliser un mécanisme de rationalisation pour justifier son départ. Les résultats présentés ci-dessous se rapportent donc tant à la notion d'intention de départ qu'au départ réel des employés.

1.3.2 Liens empiriques : investissements et départ volontaire

Des études fournissent un appui empirique aux aspects théoriques du modèle des investissements de Rusbult (1980a). Ces études rapportent que les liens existants entre les investissements et l'engagement sont modérés à élevés ($.26 \leq r \leq .70$, $p < .05$) (Lund, 1985 ; Rusbult et Farrell, 1983 ; Rusbult, Johnson et Morrow, 1986b ; Van Dam, 2005 (engagement de continuité); Van Lange, Drigotas, Rusbult, Arriaga et Witcher, 1997) ($\beta = .36$, $p < .05$) (Carter, 2002) et que les liens existants entre les investissements et le départ volontaire sont négatifs et modérés ($-.30 \leq r \leq -.27$, $p < .05$) (Rusbult, Zembrodt et Gunn, 1982 ; Rusbult et al., 1991). Ainsi, les gens qui ont beaucoup d'investissements sont plus engagés et ont moins tendance à mettre un terme à la relation en cas d'insatisfaction. De plus, les résultats d'études empiriques soutiennent

que l'engagement est une variable médiatrice de la relation entre les investissements et le départ volontaire (Rusbult, 1983 ; Rusbult et Farrell, 1983 ; Rusbult et al., 1991 ; Van Dam, 2005). Il importe toutefois d'interpréter les résultats de ces études avec précaution, puisque la majorité d'entre elles ne font aucune distinction entre les dimensions et les sous-dimensions du construit d'engagement organisationnel. Cette lacune des études relatives aux investissements est traitée par la documentation sur le départ volontaire qui soutient que les trois dimensions de l'engagement organisationnel entretiennent des liens différents avec l'intention de départ et le départ volontaire.

Les études empiriques montrent que les trois dimensions de l'engagement organisationnel entretiennent des liens distincts avec le départ volontaire. De manière spécifique, des études méta-analytiques présentent les résultats suivants : a) l'engagement affectif entretient des liens négatifs de faibles à élevés avec l'intention de quitter ($-.58 \leq \rho \leq -.21$) (Cooper-Hakim et Viswesvaran, 2005 ; Griffeth et al., 2000 ; Meyer et al., 2002 ; Randall, 1990 ; Tett et Meyer, 1993) et le départ réel ($-.39 \leq \rho \leq -.17$) (Cooper-Hakim et Viswesvaran, 2005 ; Meyer et al., 2002 ; Tett et Meyer, 1993) ; b) l'engagement de continuité entretient des liens négatifs faibles avec l'intention de quitter ($-.19 \leq \rho \leq -.18$) et le départ réel ($-.25 \leq \rho \leq -.10$) (Cooper-Hakim et Viswesvaran, 2005 ; Meyer et al., 2002) et c) l'engagement normatif est lié négativement (liens faibles à modérés) à l'intention de quitter ($-.37 \leq \rho \leq -.33$) et au départ réel ($\rho = -.16$) (Cooper-Hakim et Viswesvaran, 2005 ; Meyer et al., 2002). Les résultats détaillés de ces méta-analyses et d'études indépendantes portant sur chacune des trois dimensions de l'engagement organisationnel sont présentés à l'annexe C (engagement affectif), à l'annexe D (engagement de continuité) et à l'annexe E (engagement normatif). Ces résultats indiquent que l'engagement affectif est la dimension la plus liée à l'intention de départ et au départ réel. Les résultats relatifs à la

dimension de continuité doivent cependant être interprétés avec précaution puisque les deux sous-dimensions (sacrifice perçu et manque d'alternatives) ne sont pas évaluées séparément, ce qui peut avoir un impact sur les résultats obtenus. En ce sens, une méta-analyse de Meyer et al. (2002) ainsi qu'une étude indépendante de Powell et Meyer (2004) soutiennent que la sous-dimension sacrifice perçu corrèle plus fortement (corrélation négative) avec l'intention de départ que la sous-dimension manque d'alternatives (corrélation positive très faible). Bref, ces études fournissent un appui empirique montrant la pertinence d'évaluer chacune des dimensions et chacune des sous-dimensions de l'engagement organisationnel pour prédire le départ volontaire.

L'ensemble de ces études menées sur les trois dimensions de l'engagement ne permet toutefois pas d'établir quel est l'apport des investissements dans la prédiction du départ volontaire. Seules deux études répertoriées dans la documentation introduisent le concept d'investissement comme variable prévisionnelle du départ volontaire tout en évaluant l'apport des trois dimensions du concept d'engagement organisationnel. Une première étude de Shore et al. (2000) rapporte que trois catégories d'investissement (responsabilité organisationnelle, préoccupations non reliées au travail, arrangements bureaucratiques) sont liées significativement à l'intention de quitter l'organisation. Des analyses de régression hiérarchiques ont démontré que les trois composantes de l'engagement (affectif, normatif et de continuité) expliquent 36% de la variance de l'intention de quitter l'organisation et que les investissements expliquent 2% de plus de cette variance. Une autre étude (Powell et Meyer, 2004) soutient que l'engagement est une variable médiatrice (médiation totale) des liens existants entre les investissements et l'intention de quitter l'organisation. Plus précisément, pour ce qui est des arrangements bureaucratiques, des préoccupations non reliées au travail et du manque

d'alternatives, l'engagement de continuité (sacrificé perçu) est la seule variable médiatrice (médiation totale).

En résumé, un modèle théorique des investissements (Rusbult 1980) ainsi que quelques études empiriques (Powell et Meyer, 2004 ; Rusbult et Farrell, 1983 ; Rusbult, Johnson et Morrow, 1986a ; Shore et al., 2000) démontrent que lorsqu'un employé a beaucoup d'investissements, il a moins l'intention de quitter son emploi et il est plus porté à demeurer en emploi. Plus encore, certaines études mettent en évidence que l'engagement organisationnel est une variable médiatrice de ce lien. Il n'en reste qu'à ce jour, peu d'études ont vérifié si la relation entre les investissements et le départ volontaire est médiatisée par les trois dimensions (affectif, de continuité et normatif) et les deux sous-dimensions de l'engagement organisationnel (sacrifice perçu et manque d'alternatives).

1.4 Santé psychologique au travail

La documentation sur les investissements étant à ce jour relativement restreinte, peu d'études ont tenté de mettre en lien ce concept mal défini et mal opérationnalisé avec des résultantes liées au milieu de travail. Certes, tel que vu précédemment, certaines études ont été effectuées sur l'engagement organisationnel et le départ volontaire, mais hormis ces deux variables, aucune étude recensée n'évalue les liens existants entre les investissements et des variables résultantes potentiellement intéressantes. Une variable particulièrement intéressante, qui n'a fait l'objet d'aucune étude empirique en lien avec les investissements, est la santé psychologique au travail. Certains modèles théoriques décrits dans la section qui suit laissent croire que le concept d'investissement est une variable prévisionnelle permettant de prédire la santé psychologique au travail. Cette

variable est donc intégrée à la présente recherche en raison de son lien potentiel avec les investissements.

La section qui suit décrit, d'abord et avant tout, les modèles théoriques qui permettent d'établir un lien entre le concept d'investissement et la détresse psychologique. Par la suite, les liens entre les ressources (une variable prévisionnelle qui possède des caractéristiques similaires au concept d'investissement), l'engagement organisationnel et la détresse psychologique sont décrits. Enfin, les nouveaux développements au niveau de la définition du concept de santé psychologique sont abordés. En ce sens, il est important de noter que depuis des décennies, les recherches effectuées sur la santé psychologique au travail évaluent principalement les conséquences négatives d'un environnement de travail peu adéquat sur la santé psychologique. Ces recherches portent sur la détresse psychologique des employés qui peut être vécue sous plusieurs formes : l'épuisement professionnel, le stress, l'anxiété ou la dépression (Bakker et al., 2003 ; Cordes et Dougherty, 1993 ; Donald et Siu, 2001 ; Hochwarter, Kacmar, Perrewé et Johnson, 2003 ; Kalliath, O'Driscoll et Gillespie, 1998 ; Leiter, 1991 ; Leiter et Maslach, 1988 ; Maslach, Schaufeli et Leiter, 2001 ; Pretorius, 1993 ; Richardsen, Burke et Leiter, 1992 ; Wittig-Berman et Lang, 1990 ; Zickar, Gibby et Jenny, 2004). Toutefois, des études récentes affirment que la santé psychologique est un concept multidimensionnel, et qu'il importe d'inclure tant la dimension négative que la dimension positive du concept dans les études futures. La dernière portion de la section sur la santé psychologique est donc consacrée aux études qui traitent des deux dimensions (positive et négative) et des liens potentiels avec les investissements.

1.4.1 Modèles théoriques de la détresse psychologique

Certains modèles de la santé psychologique au travail mettent en évidence des éléments théoriques qui permettent de penser que le concept d'investissement est une variable prévisionnelle intéressante de la santé. Il est important de noter que ces modèles traitent spécifiquement de détresse psychologique et n'abordent pas les aspects positifs de la santé psychologique. Ces modèles mettent l'accent sur le fait que l'insuffisance des ressources et la perte de ressources en milieu de travail engendre des conséquences négatives sur la santé psychologique de l'employé. La section qui suit décrit les deux modèles de la documentation qui font ressortir ces notions théoriques.

Le modèle de Demoureti et al. (2001) postule que les caractéristiques du travail sont des ressources qui permettent à l'employé de faire face aux demandes de l'organisation. Selon ce modèle, lorsque l'organisation fournit peu de ressources à l'employé, elle empêche ce dernier d'atteindre ses buts. Cette situation provoque de la frustration et un sentiment d'échec chez l'employé, deux sentiments liés intimement à la détresse psychologique. Ainsi, lorsque l'employé ne dispose pas de ressources suffisantes pour faire face aux demandes de l'organisation, il ne sera pas en mesure de réduire l'influence négative de ces demandes (Bakker et al., 2003). Dans ce genre de situation, un mécanisme de défense efficace, est de réduire son niveau d'engagement afin de se protéger contre la frustration et ultimement de quitter son emploi. Suivant le raisonnement de Demoureti et al. (2001), lorsque l'employé dispose de nombreuses ressources pour faire face aux demandes de l'organisation, il se sent plus adéquat et efficace, ce qui favorise en retour son niveau d'engagement envers l'organisation et ce qui l'incite à continuer de travailler pour son organisation. Ces ressources qui sont conceptualisées par Demoureti et al. (2001) comme des caractéristiques du travail, pourraient en fait être la perception de l'employé face aux aspects de son travail qui ont

de l'importance pour lui, des aspects qui ont de la valeur et qu'il ne voudrait pas perdre. À partir de ce raisonnement, il est possible de postuler que lorsque l'employé possède des objets d'investissement dans le cadre de son travail, il aura un niveau d'engagement plus élevé et vivra davantage d'émotions positives.

Pour sa part, le modèle de la conservation des ressources (Hobfoll, 1989 ; Schaufeli, Maslach et Marek, 1993 ; Wright et Cropanzano, 1998), soutient que lorsque l'employé vit a) une perte de ressources, b) qu'il perçoit une menace de perdre ses ressources, c) lorsqu'il vit une situation où les ressources sont inadéquates pour rencontrer les demandes ou d) lorsque les récompenses anticipées ne sont pas obtenues, il a plus tendance à ressentir de l'épuisement émotionnel. Ce modèle définit les ressources comme étant des objets, des caractéristiques personnelles, des conditions, des énergies qui ont de la valeur pour l'individu ou qui lui permettent d'atteindre ses objectifs (Hobfoll, 1989). Par exemple, les ressources peuvent référer au support social, aux possibilités d'avancement ou à l'autonomie de l'employé (Cordes et Dougherty, 1993). Ce modèle décrit les ressources comme des éléments ou des aspects du travail qui ont de la valeur pour l'employé, ce qui est similaire à la notion d'investissements décrite précédemment. Selon le modèle, lorsque l'employé perçoit qu'il n'a pas les ressources requises pour rencontrer les demandes de l'emploi, il vit un stress qui avec le temps peut se transformer en épuisement émotionnel (Wright et Cropanzano, 1998). Il semble dès lors plausible qu'à l'inverse, lorsque l'employé possède les ressources suffisantes pour rencontrer les demandes de l'organisation, il ne vive aucune tension mais plutôt des émotions positives qui se rattachent à la notion de bien-être psychologique.

Les deux modèles décrits précédemment permettent de voir que les ressources sont des éléments importants du travail. Ces ressources sont en fait des éléments du travail qui

sont importants et qui ont de la valeur pour l'employé (Hobfoll, 1989), ce qui est similaire au concept d'investissement. Ainsi, lorsque ces ressources sont insuffisantes ou que l'employé a peur de les perdre, il peut vivre de la tension, du stress, de l'épuisement émotionnel (Hobfoll, 1989) et une baisse du niveau d'engagement et une tendance à se retirer de l'organisation (Wright et Cropanzano, 1998). À l'inverse, lorsque l'organisation est en mesure de fournir les ressources adéquates et suffisantes, l'employé ne vit pas cette tension. L'employé devrait plutôt vivre des émotions positives et même un sentiment de bien-être qui l'incite à s'engager plus envers l'organisation et à demeurer au sein de cette dernière. En ce sens, les employés qui ont plusieurs objets d'investissement au travail devraient avoir un niveau plus élevé de santé psychologique au travail. Bien qu'aucune étude empirique n'ait été effectuée sur les liens existants entre les investissements et la santé psychologique, des liens empiriques entre le concept de ressources et la santé psychologique au travail sont retrouvés dans la documentation et présentés dans les paragraphes qui suivent.

1.4.2 Liens empiriques : ressources et détresse psychologique

Dans les études sur la santé psychologique, le concept de ressources n'est pas défini de manière opérationnelle et les dimensions qui s'y rapportent sont différentes d'une étude à l'autre. Ce concept plutôt vague qui se rapporte principalement aux caractéristiques du travail possède toutefois certaines caractéristiques similaires au concept d'investissement. En ce sens, lorsqu'un employé perçoit qu'un aspect du travail est une ressource, il est plausible que cet aspect soit important et qu'il ait de la valeur pour l'employé. Ainsi, l'importance et la valeur d'un aspect précis du travail sont deux caractéristiques qui, par inférence, permettent d'établir un lien entre ces deux concepts. Il est toutefois important de noter que la notion de perte n'est pas intrinsèque au concept de ressources, ce qui permet de faire la distinction entre ces concepts. Cette

section décrit l'impact de certains aspects du travail (les ressources) sur l'engagement organisationnel et sur la santé psychologique.

Quelques études menées sur les ressources fournies aux employés présentent des liens positifs avec l'engagement organisationnel et des liens négatifs avec l'épuisement professionnel, une forme de détresse psychologique. Une étude de Krausz et al. (2000) fait ressortir l'importance d'une ressource particulière attribuée aux employés d'un hôpital en Israël, soit le fait d'avoir l'horaire désiré et la possibilité de choisir son horaire de travail. Les résultats de cette étude démontrent que le fait d'avoir l'horaire désiré est lié positivement à l'engagement organisationnel ($\beta=.23$, $p<.05$) et négativement à l'épuisement professionnel ($\beta=-.31$, $p<.01$). Les liens obtenus pour la variable possibilité de choisir son horaire de travail s'avèrent similaires, soit ($\beta=.28$, $p<.01$) avec l'engagement affectif et ($\beta=-.29$, $p<.01$) avec l'épuisement professionnel. Ainsi, le fait d'avoir l'horaire voulu ainsi que la possibilité de choisir les heures travaillées et les quarts de travail favorise l'engagement des infirmières et réduit les effets néfastes sur leur santé. Une autre étude (Ellis et Miller, 1993) menée auprès d'infirmières américaines cible deux ressources, soit l'importance de la participation à la prise de décisions et du fait d'avoir du contrôle dans le cadre de son emploi. Le modèle proposé par Ellis et Miller (1993) s'ajuste adéquatement aux données et indique que la participation à la prise de décisions relatives aux patients est un facteur critique qui favorise l'engagement affectif et réduit l'épuisement émotionnel (Ellis et Miller, 1993). De plus, les résultats indiquent que le fait d'avoir le contrôle dans le cadre de son travail entretient un lien direct négatif avec l'épuisement professionnel ($\beta=-.34$) et un lien direct positif avec l'engagement affectif ($\beta=.20$) en plus d'entretenir un lien indirect avec l'engagement affectif à travers l'épuisement émotionnel. Ces résultats suggèrent que les processus de communication et les processus relationnels peuvent

avoir des impacts sur la santé psychologique des infirmières. Les études de Kalimo, Pahkin et Mutanen (2002) et de Hobfoll, Johnson, Ennis et Jackson (2003) soutiennent que le support social est une autre ressource importante pour l'employé. Les résultats de ces études montrent que la perte de support social est liée à une augmentation de la détresse psychologique sous la forme de dépression et de colère (Hobfoll et al., 2003) et une augmentation du stress vécu par l'employé (Kalimo et al., 2002). L'étude de Bakker et al. (2003) rapporte, quant à elle, que le fait d'avoir du contrôle sur son emploi, et le fait de pouvoir participer à la prise de décisions (ressources) favorisent le niveau d'engagement organisationnel (affectif, normatif et de continuité) et réduisent indirectement la fréquence de l'absence. Ainsi, il ressort de cette étude que l'engagement organisationnel est une variable médiatrice de la relation entre les ressources de l'emploi et l'absence du travail (fréquence et durée). Dans le même ordre d'idées, une étude de Teo et Waters (2002) rapporte que l'engagement affectif est une variable médiatrice de la relation entre la perception d'un environnement supportant et le niveau de tension vocationnelle et interpersonnelle. À l'inverse, les résultats d'une étude de Richardsen et al. (1992) soutiennent que c'est l'épuisement professionnel qui médie la relation entre le fait de pouvoir utiliser ses habiletés et l'engagement organisationnel (affectif). Bien que le rôle de variable médiatrice de l'engagement organisationnel ne fasse pas l'unanimité, les résultats de ces études supportent cette proposition.

Dans l'ensemble, ces études montrent que dans un environnement où les ressources sont inadéquates, les employés peu engagés sont plus enclins à effectuer un retrait cognitif de leur emploi et de leur organisation et ils sont plus susceptibles de souffrir de conséquences néfastes au niveau de leur santé psychologique. L'engagement organisationnel s'avère donc être une variable critique qui agit comme élément

intermédiaire (Antonovsky, 1979 ; Kobasa, 1982) dans la relation entre les ressources et la détresse psychologique. L'engagement est alors une ressource qui permet à l'individu de réduire la détresse psychologique, même lorsque le milieu de travail offre des ressources inadéquates ou trop peu nombreuses. Toutefois, les nombreuses recherches effectuées sur la détresse psychologique ne permettent pas de tirer des conclusions quant aux éléments qui favorisent le maintien d'une bonne santé psychologique chez les employés. La section qui suit met en lumière l'émergence de travaux qui portent plus spécifiquement sur la santé psychologique au travail.

1.4.3 Santé psychologique

Traditionnellement, les recherches en psychologie ont mis l'accent sur les états négatifs plutôt que sur les états positifs (Maslach et al., 2001). En fait, le nombre d'articles qui évaluent les états négatifs est plus élevé que ceux traitant des états positifs dans une proportion de dix-sept contre un (Diener, Suh, Lucas et Smith, 1999 ; Myers et Diener, 1995). Les recherches récentes portant sur les attitudes mettent plus d'accent sur la psychologie dite « positive » et évaluent les forces humaines et le fonctionnement optimal (Maslach et al., 2001). En outre, un nombre croissant d'étude porte sur la notion de santé psychologique au travail. Bien que le nombre de recherches sur la santé proprement dit soit plus restreint, il semble important de vérifier son importance en regard des investissements. Cette importance découle du fait que les investissements sont des éléments du travail qui ont de l'importance pour l'individu et des éléments qu'il ne voudrait pas perdre. Il est alors plausible que ces éléments motivationnels aient un impact positif sur la santé psychologique des employés.

La section qui suit porte spécifiquement sur la définition de la santé psychologique, ainsi que sur les études empiriques qui établissent les liens entre l'engagement organisationnel et la santé psychologique au travail.

1.4.3.1 Définition de la santé psychologique

La documentation relative à la santé psychologique est empreinte d'une certaine confusion quant à la définition du concept (Achille, 2003a). De nombreuses définitions sont proposées, mais à ce jour aucune définition claire et intégrée de la santé au travail n'est obtenue (Achille, 2003a). L'annexe F présente différentes définitions proposées par les auteurs qui oeuvrent dans le domaine (Centre canadien de santé et de sécurité au travail, 2006; Compton, Smith, Cornish et Qualls, 1996 ; Danna et Griffin, 1999 ; Dejours, 1995 ; Jahoda, 1958 ; Massé, Poulin, Dassa, Lambert, Bélair et Battaglini; 1998a ; Meltzer et Ludwig, 1971 ; Organisation mondiale de la santé, 1946 ; Ware et Sherbourne, 1992 ; Warr, 1990). Cette annexe met en évidence l'absence de consensus au sein de la communauté scientifique quant à l'adoption d'une définition unique et opérationnelle de la santé psychologique. Face à la diversité des définitions et des dimensions proposées pour définir le concept de santé, Achille (2003b) met en lumière certaines caractéristiques qui devraient être à la base d'une définition commune de la santé. Tout d'abord, la recension des indicateurs de la santé (Goldberger et Breznitz, 1993 ; Marshall et Cooper, 1979) et des modèles de définitions retenus par plusieurs organismes et auteurs (Organisation mondiale de la santé, 2006 ; Centre canadien de santé et sécurité au travail, 2000 ; Dejours, 1995 ; Danna et Griffin, 1999), fait ressortir que la santé est un concept multidimensionnel. Comme le démontre l'annexe F, les dimensions retenues varient en fonction des études (Achille, 2003a). Selon Achille (2003b), les dimensions retenues doivent être de nature physique et psychologique, afin de rendre compte des nombreux aspects du fonctionnement humain. De plus, elle

souligne la pertinence d'obtenir des indicateurs qui permettent de constater l'absence de caractéristiques et/ou états négatifs ainsi que la présence de caractéristiques et/ou états positifs. Elle ajoute l'importance de la notion d'équilibre qui doit se faire à deux niveaux, soit l'équilibre dans la vie au travail et à l'extérieur du travail. À partir de ces caractéristiques de la santé, Achille (2003b) propose de définir la santé par deux dimensions, la santé mentale et la santé physique. La présente recherche s'intéresse plus particulièrement à la santé mentale de l'employé, c'est pourquoi seules les sous-dimensions de la santé mentale du modèle d'Achille (2003b) sont présentées. La santé mentale comporte les sous-dimensions cognitive, motivationnelle, affective et sociale. Il est à noter qu'aucun instrument de mesure de cette dimension et de ses sous-dimensions n'a encore été proposé.

Parmi les définitions recensées à l'annexe F, celle de Massé, Poulin, Dassa, Lambert, Bélair et Battaglini (1998c) a été opérationnalisée en un instrument de mesure qui a fait l'objet d'études empiriques. Cet instrument de mesure créé à partir d'entrevues semi-dirigées, menées auprès de 195 résidents francophones de la grande région métropolitaine de Montréal (Massé, Poulin, Dassa, Lambert, Bélair et Battaglini et al., 1998a ; 1998 b), met en exergue les construits latents de détresse et de bien-être qui à leur tour définissent un construit de troisième ordre, la santé mentale globale (Massé et al., 1998b). Cet instrument qui propose six dimensions du bien-être (estime de soi, équilibre, engagement social, sociabilité, contrôle de soi, bonheur) ainsi que quatre dimensions de détresse (auto-dévalorisation, irritabilité/agressivité, anxiété/dépression, désengagement social) a fait l'objet d'analyses factorielles ainsi que d'analyses de cohérence interne qui indiquent que l'instrument possède de bonnes propriétés psychométriques (Massé et al., 1998a ; 1998b).

1.4.3.2 Liens empiriques entre les investissements, EO et la santé psychologique

A ce jour, aucune étude empirique n'a été effectuée sur les liens existants entre les investissements et la santé psychologique des employés. Toutefois, les résultats de quelques études empiriques menées sur la détresse psychologique mettent en évidence que l'engagement organisationnel est une variable potentiellement liée à la santé psychologique des employés. Aucune étude répertoriée n'évalue spécifiquement les liens entre l'engagement organisationnel et la santé psychologique en tant que concept multidimensionnel, mais certaines études évaluent la détresse psychologique alors que d'autres études évaluent des indicateurs d'états positifs qui se rapprochent de la notion de santé psychologique, notamment le sentiment d'efficacité personnel et la satisfaction.

En premier lieu, la majorité des études empiriques tendent à démontrer que l'engagement entretient des liens négatifs avec les différentes formes de détresse psychologique. La majorité des études ont ciblé une forme spécifique de détresse psychologique, soit l'épuisement professionnel (Maslach et al., 2001). Ces études indiquent que les employés qui sont épuisés émotionnellement manifestent de plus faibles niveaux d'engagement (Jackson, Turner et Brief, 1987) et une propension à chercher un emploi ailleurs (Lee et Ashforth, 1996 ; Leiter et Maslach, 1988 ; Wright et Cropanzano, 1998). Il est à noter que la majorité des études ont été effectuées avec l'engagement affectif, les deux autres composantes étant rarement incluses. Les liens existants entre les trois dimensions de l'épuisement émotionnel et l'engagement affectif sont les suivants et sont présentés de manière détaillée à l'annexe G : liens négatifs faibles à élevés entre l'épuisement émotionnel et EA ($-.52 \leq r \leq -.18$) (Bakker et al., 2003 ; Ellis et Miller, 1993 ; Ellis et Miller, 1994 ; Leiter, 1991 ; Leiter et Maslach, 1988 ; Leiter, Clark et Durup, 1994 ; Pretorius, 1993 ; Richardsen et al., 1992 ;

Schaufeli, Van Dierendonck et Van Gorp, 1996) ; liens négatifs faibles à modérés entre la dépersonnalisation et EA ($-.37 \leq r \leq -.16$) (Ellis et Miller, 1994 ; Leiter, 1991 ; Leiter et Maslach, 1988 ; Pretorius, 1993 ; Richardsen et al., 1992 ; Schaufeli et al., 1996), liens négatifs et positifs faibles à modérés entre le sentiment d'accomplissement personnel et EA ($-.15 \leq r \leq .36$) (Ellis et Miller, 1994 ; Leiter, 1991 ; Leiter et Maslach, 1988 ; Leiter et al., 1994 ; Pretorius, 1993 ; Richardsen et al., 1992 ; Schaufeli et al., 1996), liens négatifs et positifs faibles à élevés entre les différentes mesures globales de l'épuisement professionnel et EA ($-.65 \leq r \leq .19$) (Kleinman, Siegel et Eckstein, 2002 ; Krausz et al., 2000 ; Tan et Akhtar, 1998). Les liens divergents obtenus en fonction des études qui utilisent une mesure globale de l'épuisement professionnel, peuvent être dus à l'emploi d'une mesure distincte pour chacune de ces études. D'autre part, la méta-analyse de Lee et Ashforth (1996) fait ressortir les liens suivants entre l'engagement et l'épuisement professionnel : épuisement émotionnel ($r = -.43$) ; dépersonnalisation ($r = -.42$), faible sentiment d'accomplissement personnel ($r = -.02$). En ce qui a trait à l'engagement normatif, une étude indépendante obtient un lien modéré entre l'engagement normatif et l'épuisement professionnel ($r = .38$, $p < .01$) (Tan et Akhtar, 1998) tandis qu'une autre étude indépendante n'obtient aucun lien significatif (Bakker et al., 2003). Pour ce qui est de l'engagement de continuité, une seule étude répertoriée obtient un lien faible avec l'épuisement émotionnel ($r = .16$, $p < .05$) (Bakker et al., 2003). Il est à noter que les deux sous-dimensions de l'engagement de continuité ne sont pas distinguées dans cette étude, ce qui peut affecter la force de la corrélation obtenue. Bref, les résultats des études empiriques révèlent que la dimension affective de l'engagement organisationnel est bel et bien liée négativement à l'épuisement professionnel. L'engagement affectif s'avère donc être un facteur bénéfique pour la santé psychologique des employés. Toutefois, aucune conclusion ne peut être tirée pour

les deux autres dimensions de l'engagement compte tenu du nombre très restreint d'études empiriques répertoriées.

Un petit nombre d'études indépendantes font ressortir les liens suivants entre l'engagement affectif et les autres formes de détresse psychologique (voir annexe H) : l'aliénation personnelle ($r = -.49$, $p < .01$), l'aliénation sociale ($r = -.12$, $p < .05$) (Wittig-Berman et Lang, 1990), la dépression ($r = -.27$ et $-.34$) (Begley et Czajka, 1993), la détresse psychologique ($r = -.19$ et $-.39$) (Isaksson et Johannson, 2003), l'irritation ($r = -.16$ et $-.33$) (Begley et Czajka, 1993), le stress ($-.32 \leq r \leq -.27$) (Wittig-Berman et Lang, 1990 ; Zickar et al., 2004) et la tension ($-.46 \leq r \leq .04$) (Cohen, 1998 ; Hochwarter et al., 2003 ; Lim et Yuen, 1998 ; Ostroff, 1992 ; Teo et Waters, 2002). En ce qui a trait à l'engagement de continuité, une seule étude répertoriée établit des liens avec la détresse psychologique (Wittig-Berman et Lang, 1990). Les liens obtenus entre l'engagement de continuité, le stress ($r = -.31$, $p < .01$) et l'aliénation personnelle ($r = -.31$, $p < .01$) sont modérés, alors que les liens avec l'aliénation sociale ($r = -.10$, $p < .05$) sont faibles. Une fois de plus, aucune distinction entre les deux sous-dimensions de l'engagement de continuité n'est effectuée, ce qui pourrait altérer la force des relations obtenues. Ces études font ressortir des liens allant de faibles à modérés similaires à ceux obtenus pour l'épuisement professionnel. Ces résultats donnent un appui supplémentaire à la perspective selon laquelle l'engagement serait lié négativement aux différentes formes de détresse psychologique.

En deuxième lieu, il est question des recherches effectuées sur les indicateurs positifs de la santé psychologique au travail. Les résultats d'une méta-analyse indiquent que l'engagement affectif entretient des liens faibles ($\rho = .11$) avec le sentiment d'efficacité personnel (Meyer et al., 2002). Aucun résultat relatif aux deux autres composantes de

l'engagement organisationnel n'est présenté dans cette méta-analyse. Une étude indépendante de Harris et Cameron (2005) met en lien les trois dimensions de l'engagement organisationnel et le sentiment d'efficacité personnel. Plus précisément, les résultats de cette étude rapportent que le sentiment d'efficacité entretient un lien positif élevé avec l'engagement affectif ($r=.59$, $p<.01$), l'engagement normatif ($r=.61$, $p<.01$) et un lien négatif modéré avec l'engagement de continuité ($r=-.37$, $p<.01$). En ce qui concerne la satisfaction, la méta-analyse de Meyer et al. (2002) rapporte des liens positifs élevés avec l'engagement affectif ($\rho=.65$), des liens positifs modérés avec l'engagement normatif ($\rho=.31$) et des liens faibles avec l'engagement de continuité ($\rho=-.07$). Pour sa part, l'étude indépendante de Harris et Cameron (2005) présente des liens modérés entre la satisfaction avec la vie et l'engagement affectif ($r=.38$, $p<.01$) ainsi que l'engagement normatif ($r=.28$, $p<.05$). Toutefois, la satisfaction n'entretient aucun lien significatif avec l'engagement de continuité. Dans l'ensemble, ces résultats montrent que l'engagement affectif et normatif sont liés positivement aux deux indicateurs de bien-être psychologique (Meyer et al., 2002). À l'inverse, l'engagement de continuité est lié négativement au sentiment d'efficacité et il entretient des liens faibles avec la satisfaction. Les auteurs expliquent les résultats en disant que le fait de rester dans l'organisation pour des raisons pragmatiques, c'est-à-dire parce que l'employé se sent dans l'obligation d'y demeurer en raison des coûts liés à son départ, aurait des effets négatifs sur le sentiment d'avoir le contrôle (Harris et Cameron, 2005). Il est toutefois important d'apporter un bémol à l'interprétation de ces résultats, qui peuvent aussi être expliqués par le fait que les deux sous-dimensions de l'engagement de continuité ne sont pas évaluées séparément dans les études répertoriées.

Dans l'ensemble, la majorité de ces études ont été effectuées avec la composante affective de l'engagement qui présente des liens positifs avec le bien-être et négatifs

avec la détresse. Les résultats des quelques études qui incluent les composantes normative et de continuité suggèrent des recherches plus approfondies pour mettre à jour les liens réels qui existent entre ces dimensions et la santé psychologique au travail (détresse et bien-être). En outre, il serait important d'effectuer des études qui font la distinction entre les deux sous-dimensions de l'engagement de continuité, puisqu'aucune des études répertoriées n'a permis de cerner les liens entre ces sous-dimensions et la santé psychologique au travail. Les deux sous-dimensions (manque d'alternatives et sacrifice perçu) sont de nature très différentes et pourraient entretenir des liens distincts avec la détresse et le bien-être psychologique. Par exemple, lorsqu'un employé perçoit qu'il n'a pas d'alternative d'emploi (sous-dimension manque d'alternatives), il se sent prisonnier, ce qui peut avoir des impacts négatifs sur son niveau de bien-être et l'amener à vivre de la détresse psychologique. À l'inverse, la sous-dimension sacrifice perçu devrait être liée positivement au bien-être et négativement à la détresse psychologique. Ainsi, l'employé qui perçoit avoir beaucoup de bénéfices reliés à son emploi devrait vivre plus d'émotions positives au travail et ainsi avoir un niveau de bien-être plus élevé et un niveau de détresse plus bas.

En résumé, bien qu'aucune étude empirique n'ait été effectuée sur les liens existants entre le concept d'investissement et la santé psychologique au travail certaines évidences laissent croire à un lien entre ces deux concepts. De manière plus spécifique, des modèles théoriques ainsi que des études empiriques menées sur un concept connexe à celui d'investissement, soit le concept de ressource, permettent de poser l'hypothèse que les investissements réduisent la détresse psychologique et que l'engagement organisationnel est une variable médiatrice de ce lien. Dans un autre ordre d'idées, les nouveaux développements dans le champ de recherche sur la santé psychologique, démontrent que ce construit est multidimensionnel et qu'il importe d'évaluer tant la

dimension positive que la dimension négative. Ainsi, il s'avère important d'évaluer les liens existants entre les investissements, l'engagement organisationnel et la santé psychologique (bien-être et détresse psychologique).

1.5 Constats et recommandations pour les recherches futures

La recension des écrits effectuée sur le concept d'investissement met en lumière les lacunes tant au niveau de la définition et de l'opérationnalisation du concept d'investissement, que les lacunes relatives aux liens qui existent entre ce concept et les résultantes du milieu de travail.

Tout d'abord, l'analyse de la documentation sur les investissements fait ressortir certaines lacunes au niveau conceptuel et opérationnel. En premier lieu, cette analyse laisse voir que la documentation relative aux investissements ne propose aucune définition du concept. En fait, la principale théorie des investissements, la théorie de Becker (1960), propose une explication du phénomène, mais aucune définition. Afin de pallier cette lacune, le présent chapitre rapporte les caractéristiques fondamentales du concept d'investissement et propose une définition intégrative du concept d'investissement. En deuxième lieu, la recension de la documentation fait ressortir cinq facteurs d'investissement proposés par la théorie de Becker (1960), soit les arrangements bureaucratiques, les attentes culturelles généralisées, l'ajustement individuel à la position sociale, la présentation de soi et les préoccupations non reliées au travail. Ces différents facteurs d'investissement ont fait l'objet d'études empiriques, mais les facteurs d'investissement ainsi que leur nombre diffèrent en fonction des études. De plus, un type proposé à titre d'exemple par Becker (1960) n'a pas été inclus dans les études, soit les relations sociales. Il serait cependant intéressant de voir si ce type d'investissement ressort dans des études de nature qualitative. En troisième lieu,

certaines lacunes se situent au niveau des instruments de mesure des investissements. D'une part, les instruments de mesure qui opérationnalisent les investissements comme étant des variables socio-démographiques (Alutto et al., 1973 ; Ritzer et Trice, 1969 ; Sheldon, 1971) ne sont basés sur aucune définition des investissements, ne reflètent pas les idées de la théorie de Becker (1960). D'autre part, les instruments de mesure qui opérationnalisent les investissements comme étant des bénéfiques (Powell et Meyer, 2004 ; Shore et al., 2000) diffèrent en fonction des études. Bref, le concept d'investissement n'a pas été cerné dans sa globalité et les facteurs d'investissement qui sont à la base du concept sont encore peu connus. Face à ces constats, des études qualitatives permettraient de s'assurer que la définition du concept d'investissement proposée colle bien à la réalité des employés, d'identifier l'ensemble des facteurs d'investissement qui existent en milieu organisationnel et par la suite de créer un instrument de mesure qui cerne le concept d'investissement dans son entier.

D'autres lacunes de la documentation sur les investissements se situent au niveau de la capacité prévisionnelle des investissements en regard de certaines résultantes du milieu organisationnel. Premièrement, l'analyse des recherches théoriques (Rusbult, 1980a) et empiriques qui permettent d'établir des liens entre, d'une part, les investissements et d'autre part, l'engagement organisationnel et le départ volontaire laisse apparaître une lacune importante. La plupart des études n'incluent pas les trois dimensions de l'engagement (affectif, normatif et de continuité) (Cohen et Lowenberg, 1990 ; Rusbult et Farrell, 1983 ; Rusbult et al., 1991 ; Meyer et al., 2002 ; Van Lange et al., 1997). De plus, lorsque l'engagement de continuité est intégré à l'étude, les deux sous-dimensions qui s'y rapportent ne sont pas évaluées séparément (Shore et al., 2000). Deuxièmement, certains modèles théoriques (Demoureti et al., 2001 ; Hobfoll, 1989) font ressortir l'importance des investissements dans la prédiction de la santé

psychologique au travail. Bien qu'aucune étude empirique n'ait été effectuée sur les liens existant entre les investissements et la santé psychologique, certaines études empiriques rapportent que les ressources (Bakker et al., 2003 ; Ellis et Miller, 1993 Krausz et al., 2000), un concept qui partage certaines caractéristiques avec le concept d'investissement, entretient des liens avec la santé psychologique. Ces faits mettent en évidence la pertinence d'effectuer des études qui mettent en lumière les liens qui existent entre les différents facteurs d'investissement et la santé psychologique au travail.

1.6 Modèle théorique des investissements

Les constats de nature théoriques et empiriques énoncés dans la section précédente font ressortir la pertinence d'effectuer des études futures afin d'approfondir la compréhension du concept d'investissement et de son réseau-nomologique. En ce sens, la présente étude propose un modèle théorique des investissements, présenté à la figure 2 (p.75), qui est basé sur une recension de la documentation du concept d'investissement et des concepts qui s'y rattachent. En premier lieu, le modèle théorique proposé reprend l'idée de Becker (1960) selon laquelle le concept d'investissement est un construit multidimensionnel. La théorie originale de Becker (1960) fait ressortir cinq facteurs d'investissement, alors que d'autres écrits (Becker, 1964 ; Becker et Strauss, 1956 ; Sheldon, 1971) soulignent l'importance d'un sixième type d'investissement, soit les relations sociales. Ce dernier type d'investissement a été peu exploré à ce jour et n'a fait l'objet aucune étude empirique. Afin de pallier cette lacune et d'approfondir la compréhension du concept d'investissement, le modèle théorique proposé inclut six facteurs d'investissement, soit les arrangements bureaucratiques, les attentes culturelles généralisées, l'ajustement individuel à la

position sociale, la présentation de soi, les préoccupations non reliées au travail et les relations sociales.

En deuxième lieu, le modèle théorique proposé se base sur la théorie originale de Becker (1960) et soutient que les investissements entretiennent des liens avec le développement de l'engagement organisationnel et la réduction du départ volontaire. Certaines études de nature empirique abondent en ce sens en faisant ressortir des liens significatifs entre les investissements et l'engagement organisationnel (Alutto et al., 1973 ; Farrell et Rusbult, 1992 ; Hrebiniak et Alutto, 1972 ; Meyer et Allen, 1984 ; Meyer et al., 2002 ; Powell et Meyer, 2004; Rusbult et Farrell, 1983; Shore et al., 2000) ainsi qu'entre les investissements et l'intention de départ (Rusbult et al., 1982 ; Rusbult et al., 1991 ; Powell et Meyer, 2004; Shore et al., 2000). De surcroît, quelques études démontrent que le lien entre les investissements et l'intention de départ est médiatisé par l'engagement organisationnel (Powell et Meyer, 2004; Rusbult, 1983 ; Rusbult et Farrell, 1983 ; Rusbult et al., 1991). Tel que mentionné précédemment, bien que les relations entre ces variables aient fait l'objet d'études empiriques, la plupart des études n'incluent pas les trois dimensions de l'engagement organisationnel (Cohen et Lowenberg, 1990 ; Rusbult et Farrell, 1983 ; Rusbult et al., 1991 ; Meyer et al., 2002 ; Van Lange et al., 1997). Le modèle proposé vise donc à pallier cette lacune en établissant avec plus de certitude les relations qui existent entre les investissements, les trois dimensions de l'engagement organisationnel (affectif, normatif, de continuité – sacrifice perçu et de continuité – manque d'alternatives) et l'intention de départ.

Outre les variables « engagement organisationnel » et « intention de départ », le réseau nomologique des investissements demeure à ce jour mal circonscrit. En effet, à ce jour aucune étude de nature théorique ou empirique n'a été effectuée sur les liens existants

entre les investissements et d'autres variables résultantes potentiellement intéressantes. Certaines études menées sur les ressources, un concept partageant certaines similarités avec le construit d'investissement, permettent de penser que les investissements sont liés à la santé psychologique. Deux modèles théoriques (Demoureti et al., 2001 ; Hobfoll, 1989) et des études empiriques (Bakker, Demerouti, Boer et Schaufeli, 2003 ; Ellis et Miller, 1993; Krausz et al., 2000) mettent en évidence que les employés qui n'ont pas accès aux ressources adéquates dans le cadre de leur emploi sont moins engagés et ont un niveau de santé psychologique plus faible. Également, un petit nombre d'études fait ressortir le rôle de variable médiatrice de l'engagement dans la relation entre les ressources et la santé psychologique (Antonovsky, 1979 ; Kobasa, 1982). À partir de ces constats, il est possible d'inférer que les investissements entretiennent des liens avec la santé psychologique et que ces liens sont médiatisés par l'engagement organisationnel. Le modèle proposé cherche en ce sens à approfondir la compréhension du réseau nomologique des investissements en établissant les relations entre les investissements, l'engagement organisationnel et la santé psychologique. Ce modèle soutient que le concept d'investissement est une variable prévisionnelle de l'engagement organisationnel qui en retour est lié à l'intention de départ et à la santé psychologique de l'individu. La section qui suit décrit les objectifs de la présente recherche ainsi que les hypothèses associées au modèle théorique des investissements.

1.7 Hypothèses et questions de recherche

La présente recherche poursuit deux objectifs principaux soit : 1) pallier les lacunes de la documentation au niveau de la conceptualisation et de l'opérationnalisation du concept d'investissement, et 2) effectuer la validation d'un modèle théorique des investissements qui vise à pallier les lacunes au niveau du réseau nomologique de ce concept. Pour ce faire, la première portion de l'étude consiste en une étude qualitative

qui vise à cerner le concept d'investissement et les différents qui s'y rapportent. De manière plus spécifique, cette étude a pour objet la création et la validation d'un instrument de mesure des investissements. La seconde partie est une étude quantitative qui a pour objectif de valider un modèle théorique et un instrument de mesure des investissements et d'établir les liens existants avec les variables liées au concept d'investissement. Les sections qui suivent présentent les hypothèses et les questions de recherche de la présente étude relatives à la conceptualisation et à l'opérationnalisation des investissements ainsi qu'à la validation d'un modèle théorique des investissements.

1.7.1 Multidimensionnalité du construit d'investissement

La documentation relative aux investissements met en évidence que ce concept est de nature multidimensionnelle (Becker, 1960 ; Becker 1964; Powell et Meyer, 2004 ; Shore et al., 2000). Bien que les dimensions des investissements diffèrent d'une étude à l'autre, les principales retrouvées dans la documentation réfèrent à la théorie de Becker (1960) et se retrouvent sous les appellations suivantes : arrangements bureaucratiques, attentes culturelles généralisées, ajustement à la position sociale, présentation de soi, préoccupations non reliées au travail. De plus, un objet d'investissement retrouvé à titre d'exemple dans la théorie de Becker, soit « les relations sociales », n'a fait l'objet d'aucune étude empirique à ce jour. Ces constats mènent à l'élaboration de la première hypothèse de la recherche.

H1 : Le concept d'investissement est un construit multidimensionnel qui comporte six dimensions : arrangements bureaucratiques, attentes culturelles généralisées, ajustement individuel à la position sociale, présentation de soi, préoccupations non reliées au travail et relations sociales.

1.7.2 Modèle théorique des investissements

1.7.2.1 Modèle théorique global des investissements

De manière générale, le modèle théorique des investissements proposé soutient que le concept d'investissement, un construit multidimensionnel, est lié aux dimensions de l'engagement organisationnel (affectif, normatif, de continuité sacrifice perçu, de continuité manque d'alternatives), qui en retour entretient des liens significatifs avec l'intention de départ et la santé psychologique. La question de recherche 1 vise, en ce sens, à savoir si le modèle théorique des investissements proposé obtient un bon ajustement aux données recueillies.

Q1 : Le modèle des investissements proposé obtient-il un meilleur ajustement aux données que d'autres modèles théoriquement plausibles ? L'ajustement du modèle aux données est-il meilleur lorsqu'un lien direct entre les investissements et l'intention de départ est ajouté (modèle 2) ? L'ajustement du modèle aux données est-il meilleur lorsqu'un lien direct entre les investissements et la santé psychologique est ajouté (modèle 3) ?

Le modèle théorique proposé ainsi que les hypothèses et les questions de recherche relatives aux liens directs et aux liens de médiation, sont présentés à la figure 2. Il est à noter que les facteurs hypothétiques d'investissement sont numérotés comme suit : arrangements bureaucratiques (1), attentes culturelles généralisées (2), ajustement individuel à la position sociale (3), présentation de soi (4), préoccupations non reliées au travail (5) et relations sociales (6).

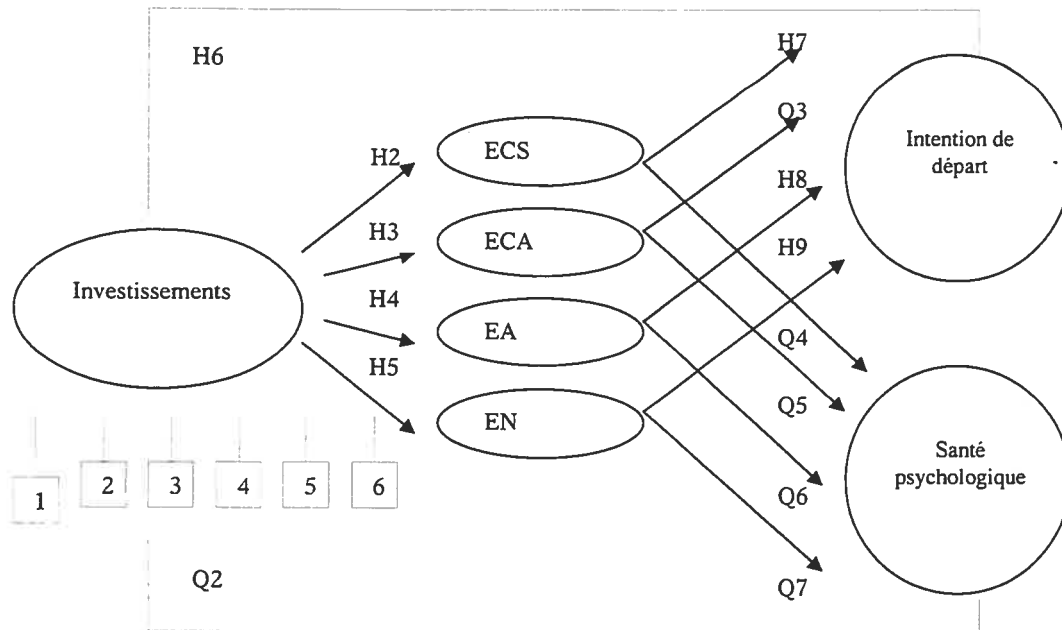


Figure 2. Modèle théorique des investissements : hypothèses et questions de recherche relatives aux liens directs et aux liens de médiation

1.7.2.2 Aspects spécifiques du modèle des investissements

Les aspects spécifiques du modèle théorique des investissements réfèrent aux relations entre les différentes variables à l'étude (investissements, engagement, intention de départ et santé psychologique) ainsi qu'aux relations de médiation.

Relations entre l'investissement et les formes d'engagement

L'engagement organisationnel est un concept intimement lié à celui des investissements, et ce tant au niveau théorique (Becker, 1960) qu'empirique (Powell et Meyer, 2004). De manière spécifique, les études font ressortir des liens positifs avec la dimension de continuité (sacrifice perçu) (Powell et Meyer, 2004 ; Shore et al., 2000), la dimension affective (Farrell et Rusbult, 1981 ; Farrell et Rusbult, 1992 ; Rusbult et Farrell, 1983) et la dimension normative de l'engagement organisationnel (Powell et Meyer, 2004 ; Shore et al., 2000). De plus, les études indiquent que les liens entre les

investissements et l'engagement de continuité (manque d'alternatives) sont négatifs (Powell et Meyer, 2004 ; Shore et al., 2000). Ces résultats ont mené à l'élaboration des hypothèses 2 à 5 de la recherche.

H2 : Les investissements sont liés positivement à l'engagement de continuité - sous-dimension sacrifice perçu.

H3 : Les investissements sont liés négativement à l'engagement de continuité - sous-dimension manque d'alternatives.

H4 : Les investissements sont liés positivement à l'engagement affectif.

H5 : Les investissements sont liés positivement à l'engagement normatif.

Relation entre l'investissement et l'intention de départ

Le modèle du départ volontaire de Rusbult (1980a) ainsi que des études empiriques (Powell et Meyer, 2004 ; Shore et al., 2000) soutiennent que les investissements entretiennent des liens négatifs avec l'intention de départ, ce qui a mené à l'élaboration de l'hypothèse 6.

H6 : Les investissements sont liés négativement à l'intention de départ.

Relation entre l'investissement et la santé psychologique

Aucune étude à ce jour n'a été menée spécifiquement sur le lien entre les investissements et la santé psychologique. Cependant, certains écrits théoriques (Demoureti et al., 2001 ; Hobfoll, 1989) et des études empiriques menées sur les ressources permettent de penser que les investissements sont liés à la santé psychologique des employés (Bakker et al., 2003 ; Ellis et Miller, 1993 ; Krausz et al., 2000 ; Teo et Waters, 2002). Ces observations justifient la question de recherche 2.

Q2 : Y a-t-il une relation entre les investissements et la santé psychologique ?

Relation de médiation entre l'investissement et l'intention de départ

Le concept d'investissement est intimement lié à la conceptualisation de l'engagement de Becker (1960), qui est à son tour à l'origine de la dimension de continuité du modèle de Meyer et Allen (1991) et plus particulièrement de la sous-dimension « sacrifice perçu » de l'engagement de continuité. En fait, la théorie de Becker (1960) soutient que l'engagement découle du cumul des investissements valorisés par l'individu qui seraient perdus si la personne quittait l'organisation. Cette approche met donc l'accent sur la notion des coûts liés au départ, ce qui se rapproche de la dimension engagement de continuité (sacrifice perçu). Plus encore, la théorie met en lien le concept d'investissement, celui d'engagement de continuité (sacrifice perçu) et l'intention de départ, bien que les liens qui unissent ces concepts ne soient pas précisés par Becker (1960). Afin de pallier cette lacune, une étude de Powell et Meyer (2004) fournit des résultats empiriques relatifs au rôle de l'engagement de continuité (sacrifice perçu) dans la relation entre les investissements et l'intention de départ. Cette étude met en évidence que le lien entre plusieurs facteurs d'investissement (arrangements bureaucratiques, préoccupations non liées au travail et manque d'alternatives) et l'intention de départ est médiatisé par l'engagement de continuité (sacrifice perçu). Les résultats de cette étude récente ont permis de formuler l'hypothèse 7.

H7 : Le lien entre les investissements et l'intention de départ est médiatisé par l'engagement de continuité (sous-dimension sacrifice perçu).

Peu d'études relatives au lien entre les investissements et l'intention de départ évaluent le rôle des trois autres dimensions de l'engagement (engagement de continuité manque

d'alternatives, engagement affectif et engagement normatif) dans la prédiction de ce lien. Certaines études empiriques, menées par l'équipe de Rusbult (1983), rapportent que la relation entre les investissements et l'intention de départ est médiatisée par l'engagement (Rusbult, 1983 ; Rusbult et Farrell, 1983 ; Rusbult et al., 1991 ; Powell et Meyer, 2004). Ces études opérationnalisent l'engagement comme un concept unitaire, les différentes dimensions de l'engagement n'y sont donc pas évaluées. De manière plus spécifique, l'étude de Powell et Meyer (2004) indique que la relation entre un type d'investissement nommé « conditions satisfaisantes » et l'intention de départ est médiatisée par l'engagement affectif. Également, l'étude de Powell et Meyer (2004) fait ressortir que la relation entre les facteurs d'investissement « présentation de soi » et « attentes culturelles généralisées » et l'intention de départ est médiatisée par l'engagement normatif. Malgré le nombre très restreint d'études sur le sujet, ces résultats semblent indiquer que l'engagement affectif et l'engagement normatif pourraient être des variables médiatrices de ce lien. Ces constats ont mené à l'élaboration des hypothèses 8 et 9.

H8 : Le lien entre les investissements et l'intention de départ est médiatisé par l'engagement affectif.

H9 : Le lien entre les investissements et l'intention de départ est médiatisé par l'engagement normatif.

La documentation relative aux liens entre les investissements et l'intention de départ ne traite aucunement du rôle joué par la dimension de continuité (manque d'alternatives) dans l'explication du lien entre ces deux variables. La question à savoir si l'engagement de continuité (manque d'alternatives) est une variable médiatrice de la relation entre les

investissements et l'intention de départ demeure non résolue. Ce constat a mené à la formulation de la question de recherche 3.

Q3 : Le lien entre les investissements et l'intention de départ est-il médiatisé par l'engagement de continuité (sous-dimension manque d'alternatives) ?

Relation de médiation entre l'investissement et la santé psychologique

Des écrits théoriques (Demoureti et al., 2001 ; Hobfoll, 1989) et des études empiriques menés sur les ressources permettent de croire que la relation entre les investissements et la santé psychologique des employés est médiatisée par l'engagement organisationnel (Bakker et al., 2003 ; Teo et Waters, 2002). Il est important de rappeler qu'aucune recherche n'a établi l'apport de chacune des dimensions de l'engagement dans la prédiction du lien entre les investissements et la santé psychologique. Les questions de recherche 4 à 7 ont été formulées suite à ces constatations.

Q4 : Le lien entre les investissements et la santé psychologique est-il médiatisé par l'engagement envers l'unité de soins (sous-dimension sacrifice perçu) ?

Q5 : Le lien entre les investissements et la santé psychologique est-il médiatisé par l'engagement de continuité (sous-dimension manque d'alternatives) ?

Q6 : Le lien entre les investissements et la santé psychologique est-il médiatisé par l'engagement affectif ?

Q7 : Le lien entre les investissements et la santé psychologique est-il médiatisé par l'engagement normatif ?

La présente recherche a pour objet de tester les hypothèses ainsi que les questions de recherche relatives à la conceptualisation et à l'opérationnalisation du concept

d'investissement ainsi qu'à la validation d'un modèle théorique des investissements, et ce, par le biais d'une étude qualitative ainsi que d'une étude quantitative. Le chapitre qui suit décrit en détails l'étude qualitative de cette recherche qui vise à mieux cerner le concept d'investissements et à créer un instrument qui le mesure adéquatement.

Chapitre 2 : Inventaire du champ conceptuel des investissements

Le présent chapitre a pour objet l'exploration de l'univers conceptuel des investissements ainsi que l'élaboration d'un instrument de mesure des investissements. Il se divise en deux sections principales : la première section se rapporte aux entretiens effectués auprès d'infirmières en vue d'appréhender les diverses composantes du concept d'investissement et la deuxième section décrit les études effectuées dans le but d'élaborer un instrument de mesure des investissements.

2.1 Première étude : entretiens avec des infirmières

La première étude vise à cerner les différents facteurs d'investissement qui existent en validant les facteurs d'investissement qui proviennent de la recension de la documentation et en explorant de nouveaux facteurs d'investissement peu étudiés à ce jour.

2.1.1 Population cible

L'objectif principal de cette recherche étant l'élaboration et la validation d'un instrument de mesure relatif aux investissements, il importe de cibler une population pour laquelle le concept d'investissement est significatif. Une telle population se retrouve chez les infirmières et ce, en raison du contexte socio-économique du réseau québécois de la santé. En effet, le réseau vit actuellement de grandes transformations en regard de la composition de sa force de travail, notamment en ce qui a trait au personnel infirmier. Au cours des années '90, le réseau de la santé a connu des départs massifs d'infirmières qui ont été invitées à prendre leur retraite. Au cours des années 2000, Statistique Canada (2001) note une augmentation de la moyenne d'âge des travailleurs de la santé. Ainsi, plusieurs infirmières seront admissibles à la retraite au cours des prochaines années. Il est estimé qu'environ 64 000 infirmières autorisées quitteront la profession entre 2001 et 2006, ce qui représente 28% des effectifs

(Statistiques Canada, 2001). Ces faits mettent en évidence une problématique réelle du secteur de la santé : la pénurie d'une catégorie de main-d'œuvre, les infirmières (Galarnau, 2003 ; Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2003 ; Ministère de la Santé et Services Sociaux, 2003). Face à ces constats, la rétention du personnel s'avère une préoccupation majeure pour le domaine infirmier. Outre cette problématique de pénurie, le secteur de la santé fait face à un taux de roulement relativement élevé des infirmières (Ministère de la Santé et Services Sociaux Québec, 2003), ce qui implique des coûts supplémentaires et ce, tant au niveau de la sélection des infirmières que de la formation. Compte tenu de leur précieuse expérience et des coûts élevés associés à leur départ, il s'avère important pour les établissements de santé d'être en mesure de cibler les variables sur lesquelles ils peuvent agir pour retenir leurs infirmières. Dans cette optique, le construit d'investissement permet de cibler les éléments qui ont de la valeur pour les infirmières, de sorte qu'agir sur les objets d'investissement devrait permettre de favoriser la rétention des infirmières. En effet, au cours de leurs années de service, elles ont accumulé certains bénéfices qui sont importants pour elles et qu'elles ne veulent pas perdre en changeant d'emploi ou simplement en prenant leur retraite. Cette variable s'avère donc très pertinente pour assurer le maintien en emploi des infirmières. Le choix des infirmières comme population cible assure ainsi la pertinence de l'étude tant au niveau social qu'au niveau scientifique.

De manière plus spécifique, l'élaboration du cadre conceptuel ainsi que l'élaboration de l'instrument de mesure visent à appréhender la réalité des infirmières qui travaillent dans des établissements de santé au Québec. Une population précise d'infirmières a été ciblée en raison de considérations pratiques liées à l'opérationnalisation du concept d'investissement. En fait, les facteurs d'investissement peuvent différer en fonction de

la catégorie d'infirmières visée, puisque les aspects liés au travail qui ont de l'importance varient en fonction du domaine d'activités. Ainsi, les infirmières qui n'occupent pas de poste de gestion ont été ciblées afin que cette variable n'interfère pas avec les facteurs d'investissement rapportés.

2.1.2 Méthodologie

La méthodologie employée dans le cadre de cette étude est décrite dans la section qui suit. Plus précisément, il est question de l'échantillon, de la crédibilité de l'étude, de la méthode de collecte de données, des questions du guide d'entrevue, du déroulement de l'étude et de l'analyse des données.

2.1.2.1 Échantillon

Des entrevues semi-structurées ont été effectuées auprès d'infirmières provenant de différents établissements (des centres hospitaliers (CH), des centres locaux de services communautaires (CLSC), des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et d'un organisme communautaire) du Réseau québécois de la santé. Une infirmière agissant à titre de personne ressource a accepté de prendre contact auprès de ces différents milieux de travail. Suite à cette entrée en matière, la chercheuse principale a communiqué avec chacune des infirmières contactées par la personne ressource. Il leur a été offert de participer à une étude en psychologie du travail sur les facteurs de rétention des infirmières. Le projet de recherche leur a été décrit brièvement et elles ont été assurées de la complète confidentialité des données recueillies. Les infirmières qui désiraient s'impliquer dans le projet de recherche devaient participer à une entrevue d'une heure. Sur les 22 infirmières contactées, 17 ont accepté de se prêter à l'étude (taux de participation de 77,3%). L'échantillon était composé de femmes dont la moyenne d'âge était de 44,2 ans (é.t. 9,3). Ces infirmières travaillaient en moyenne

depuis 23,3 ans (é.t. 9,5) comme infirmière, depuis 17,5 ans (é.t. 10,9) dans l'établissement et depuis 7,1 ans (é.t. 7,5) dans leur unité de soins actuelle. La section suivante décrit les méthodes employées pour établir la crédibilité de l'étude qualitative menée auprès des infirmières.

2.1.2.2 Crédibilité de l'étude

Trois méthodes favorisant la crédibilité de l'étude ont été employées (Patton, 2002). Premièrement, la description détaillée de la collecte et de l'analyse des données permet à des personnes externes de poser des jugements sur la qualité des résultats. Deuxièmement, un journal de bord comprenant des informations sur les participantes, l'horaire des rencontres, la méthodologie, la collecte de données ainsi que l'analyse, a été tenu tout au long de l'étude, afin de permettre à d'autres chercheurs de reproduire l'étude. Troisièmement, trois vérificateurs externes ont été consultés, afin de s'assurer qu'aucun biais relatif à la subjectivité de la chercheuse principale n'est présent dans les résultats de l'analyse qualitative. Les deux co-directeurs de la chercheuse principale, l'ont aidé à prendre des décisions éclairées (ex. : création des items du questionnaire) et à éviter les biais possibles tout au long de la recherche. La troisième examinatrice externe est une étudiante de quatrième année au doctorat en psychologie du travail et des organisations qui a suivi un cours de cycle supérieur en analyse qualitative. Cette examinatrice a effectué le contre-codage et le codage inverse du matériel provenant des entrevues.

2.1.2.3 Méthode de collecte de données

La collecte de données qualitatives a été effectuée grâce à un guide d'entrevue semi-structurée. Cette méthode a été retenue, car elle fournit un cadre relativement structuré permettant de recueillir l'information pertinente auprès des participantes tout en

laissant une ouverture pour permettre à l'infirmière de préciser ses propos. Le guide d'entrevue permet de respecter le même canevas avec toutes les participantes (Patton, 1987), ce qui réduit la variabilité dans l'obtention des résultats. Ainsi, cette méthode a l'avantage de réduire l'intervention de la subjectivité, car les mêmes thèmes sont abordés avec les participantes et ce, grâce à des questions préétablies. Cette méthode a permis aux infirmières de discuter en détails des divers éléments de leur travail qui leur manqueraient si elles décidaient de quitter leur emploi actuel. Des questions d'éclaircissement ont été formulées, afin d'obtenir davantage d'informations lorsque la réponse de la participante n'était pas totalement claire. Le guide d'entrevue a donc été choisi, car il s'avérait être la méthode la plus adéquate pour aller chercher l'information pertinente et complète relative au construit d'investissements. Ce guide a été élaboré en tenant compte des questions de recherche et de la documentation relative aux investissements.

Une étude pilote a été réalisée auprès de quatre infirmières de différents secteurs de la santé afin de tester le format de la version préliminaire du guide d'entrevue. Cette étude a permis de vérifier si les questions d'entrevues étaient claires, pertinentes, si elles ne se prêtaient qu'à une seule interprétation et si elles permettaient de bien cerner le concept d'investissements. Les consignes fournies au début de l'entrevue ont aussi été examinées, afin de s'assurer qu'elles étaient précises et bien comprises. Suite à cette étude pilote, certaines questions du guide ont été retirées parce qu'elles ne permettaient pas d'obtenir de l'information pertinente au sujet des investissements. Par exemple, les questions « de manière générale, à quel point avez-vous investi dans l'emploi que vous occupez actuellement ? » et « de manière générale, à quel point votre vie serait-elle affectée si vous quittiez votre emploi actuel? » se sont avérées problématiques. Les participantes demandaient à la chercheuse principale de clarifier et d'expliquer la

signification de ces questions. Ces questions ont donc été supprimées. D'autres questions ont subi de légères modifications, dans le but de les rendre plus facile à comprendre pour les participantes. Notamment, la question « dans quelle mesure, pourriez-vous être mal perçue par vos collègues et/ ou supérieurs si vous décidiez de changer d'emploi ? » est devenue « dans quelle mesure pensez-vous que vos pairs /supérieurs/ entourage auraient une image négative de vous si vous décidiez de quitter votre emploi ? ». La section qui suit décrit de manière détaillée le contenu du guide utilisé pour les entretiens avec les infirmières.

2.1.2.4 Déroulement de l'étude

L'entrevue, d'une durée d'environ 60 minutes, est effectuée en deux étapes. Dans un premier temps, la chercheuse souhaite la bienvenue à la participante et la remercie d'avoir accepté de participer à cette étude. La chercheuse explique ensuite le but de l'entrevue et décrit ce que sont les investissements. Aucune définition claire et opérationnelle des investissements n'ayant à ce jour été adoptée par la communauté scientifique, une description détaillée des éléments centraux du construit d'investissement est fournie aux participantes : « Cette entrevue se veut d'abord et avant tout une occasion d'obtenir de l'information sur les éléments qui incitent les infirmières à demeurer en emploi. Il sera question de ce que vous perdriez et de ce que vous devriez sacrifier si vous décidiez de quitter votre poste actuel. ». La participante signe par la suite la feuille de consentement et complète une feuille comportant des questions à caractère socio-démographiques (voir annexe I). Dans un deuxième temps, la chercheuse répond aux questions des participantes au sujet de la logistique, puis l'entrevue commence.

Toutes les entrevues ont été effectuées en personne par la chercheuse principale dans un lieu calme. Certaines entrevues ont été menées au domicile des participantes, alors que d'autres ont été menées sur les lieux de travail (en dehors des heures de travail) dans un local isolé et peu bruyant. Il est à noter que toutes les entrevues ont été enregistrées grâce à un appareil audio, ce qui a permis la retranscription intégrale des propos de chacune des participantes.

2.1.2.5 Guide d'entrevue

Le guide d'entrevue utilisé pour la présente recherche est présenté au tableau 1. Il est à noter que les questions d'approfondissement sont précédées d'une lettre.

Tableau 1 : Guide d'entrevue	
Questions générales	
1.	Pourriez-vous me décrire vos principales responsabilités ?
2.	Pourriez-vous me décrire une journée typique de travail ?
3.	Quel est votre statut ?
4.	Qu'est-ce que vous aimez de votre travail et qui vous manquerait si vous quittiez votre emploi?
5.	Quelles sont les particularités de votre emploi que vous risqueriez de ne pas retrouver chez un autre employeur?
6.	Quels sont les critères que vous utiliseriez pour décider de rester ou de quitter votre emploi actuel ?
Ajustement à la position sociale	
7.	Quelles sont les connaissances et les habiletés que vous avez acquises depuis votre arrivée en emploi ?
8.	Parmi ces connaissances et ces habiletés, quelles sont celles que vous pourriez utiliser dans un autre emploi ?

Tableau 1 : Guide d'entrevue (suite)

Arrangements Bureaucratiques

9. Quels sont les aspects financiers ou matériels auxquels vous devriez renoncer si vous quittiez votre emploi ?
- Régimes de retraite
 - Salaire
 - Avantages sociaux
 - Horaires
 - Technologies de pointe
10. À quel point est-ce que ce serait un sacrifice pour vous de renoncer à vos possibilités de carrière, si vous décidiez de quitter votre emploi ?
- Comment percevez-vous votre cheminement de carrière ?
 - Qu'est-ce qui constituerait un cheminement de carrière intéressant pour vous ?
 - Quels types de responsabilités professionnelles recherchez-vous ?
 - Comment entrevoyez-vous vos possibilités de carrière au sein de cet hôpital ?
 - À quel point est-ce important pour vous d'avoir des possibilités de formation et de développement ?
11. Dans quelle mesure la sécurité et la stabilité sont des aspects importants qui vous incitent à conserver votre emploi actuel ?

Préoccupations relatives à la présentation de soi et attentes culturelles généralisées

12. Dans quelle mesure les gens de votre entourage auraient une image négative de vous si vous décidiez de quitter votre emploi ?
- Dans quelle mesure vos pairs auraient une image négative de vous ?
 - Dans quelle mesure vos supérieurs auraient une image négative de vous ?
 - Dans quelle mesure votre entourage aurait une image négative de vous ?
13. Selon vous, comment le fait de quitter son emploi est perçu dans la société ?

Non relié à l'emploi

14. Quels aspects de votre vie personnelle seraient affectés si vous décidiez de quitter votre emploi actuel ?
- Transport
 - Communauté
 - Activités sociales

Relations sociales

15. À quel point vos collègues vous manqueraient si vous quittiez votre emploi ?
- Pourriez-vous me décrire vos relations avec vos collègues ?
16. Comment vous sentiriez-vous à l'idée de quitter vos coéquipiers ?
- Pourriez-vous me décrire comment les choses se passent dans votre équipe de travail lorsqu'il y a des absents ou des personnes qui quittent l'équipe ?
17. Dans quelle mesure les relations avec votre superviseur vous manqueraient si vous quittiez votre emploi ?
- Pourriez-vous me parler de vos relations avec votre superviseur ?
18. Si vous décidiez de quitter votre emploi, à quel point est-ce que ce serait un sacrifice pour vous de mettre fin aux contacts avec vos patients ?
- Pourriez-vous me parler de vos contacts avec les patients ?

Conclusion

19. Y-a-t'il d'autres aspects que vous devriez sacrifier si vous quittiez votre emploi et que nous n'avons pas couvert jusqu'ici ?

Le canevas d'entrevue débute par des questions générales qui visent à comprendre le type d'emploi de l'infirmière, car la profession d'infirmière est très diversifiée en fonction des organisations et des unités de soins. Les questions un à trois se rapportent aux responsabilités, aux tâches de l'infirmière ainsi qu'à son statut d'emploi (ex : poste à temps complet ou partiel). Ces questions ont pour but d'amorcer la discussion, de détendre l'atmosphère et de donner la chance à l'infirmière de parler de son expérience de travail, ce qui, tout au long de l'entrevue, facilite grandement la compréhension de la teneur du travail de l'infirmière et de son cadre de référence.

Le guide d'entrevue se poursuit avec des questions générales sur les investissements. En ce sens, les questions quatre à six visent à connaître quelles seraient les pertes reliées au fait de quitter son poste actuel. Cette notion est abordée sous trois angles différents : d'abord les pertes encourues si elle décidait de quitter son emploi ; ensuite les particularités de l'emploi qu'elle risquerait de ne pas retrouver ailleurs ; enfin, les critères pour décider de rester ou de quitter son poste actuel sont abordés. Cette portion de l'entretien, tout en permettant à l'infirmière de s'exprimer librement sur le thème des pertes et des coûts engendrés advenant un départ, couvre la totalité du construit d'investissement.

Des questions relatives aux différents facteurs d'investissement décrits dans la documentation sont par la suite posées aux participantes. Les facteurs d'investissement abordés au cours de l'entrevue sont les suivants : l'ajustement à la position sociale, les arrangements bureaucratiques, la présentation de soi et les attentes culturelles généralisées, les aspects non reliés au travail ainsi que l'aspect social.

Ajustement à la position sociale

Les questions sept et huit se rapportent à « l'ajustement à la position sociale » de la théorie de Becker (1960). Ce type d'investissement réfère aux comportements et aux cognitions adoptés par la personne pour jouer adéquatement le rôle qu'elle occupe, ce qui la rend moins adéquate pour jouer d'autres rôles. Au plan opérationnel, les deux questions qui se rapportent à ce thème investiguent les connaissances et les habiletés que l'infirmière a acquises en emploi et qu'elle ne pourrait transférer dans un autre emploi.

Arrangements bureaucratiques

Les questions neuf à onze portent sur les « arrangements bureaucratiques » de l'emploi (Becker, 1960). La question neuf est générale et porte sur les aspects financiers ou matériels auxquels l'infirmière devrait renoncer si elle décidait de quitter son emploi. L'infirmière est alors libre de parler des aspects qui ont le plus d'importance pour elle. Par la suite, la chercheuse pose des questions d'approfondissement sur les régimes de retraite, le salaire, les avantages sociaux, les horaires et l'utilisation de technologies de pointe. La question dix réfère aux possibilités de carrière. La chercheuse pose plusieurs questions d'approfondissement afin d'obtenir de l'information sur le cheminement de carrière, les responsabilités désirées, les possibilités de formation et de développement. Ultiment, l'idée est de savoir à quel point le fait de renoncer à ses possibilités de carrière représenterait un sacrifice pour l'infirmière. Pour sa part, la question 11 sonde dans quelle mesure la sécurité et la stabilité sont des aspects qui incitent la participante à conserver son emploi.

Présentation de soi et attentes culturelles généralisées

Le troisième thème réfère à la perception d'autrui. Plus spécifiquement, ce thème comporte deux facteurs d'investissement de la théorie de Becker (1960), soit « la présentation de soi » et « les attentes culturelles généralisées ». La « présentation de soi » réfère au fait que l'individu souhaite projeter une image positive de lui-même, tandis que « les attentes culturelles généralisées » se rapportent à l'évaluation des actions ou des pensées de l'individu par un groupe de référence. En ce sens, la chercheuse a demandé (question 12): « Dans quelle mesure les gens de votre entourage auraient une image négative de vous si vous décidiez de quitter votre emploi ? ». Des questions d'approfondissement reliées à chacun des groupes de référence (pairs, supérieurs, entourage) ont été posées afin de creuser l'aspect de l'importance de conserver une image positive. De plus, la chercheuse a demandé aux participantes d'expliquer comment le fait de quitter son emploi est perçu dans la société (question 13). Cette question vise à savoir si la participante pense qu'il est moralement incorrect de changer d'emploi. Le bénéfice pour la participante est alors de répondre aux attentes de la société, soit d'être une employée fidèle et stable.

Préoccupations non reliées au travail

La question 14 permet de cerner les aspects non reliés à l'emploi (Becker, 1960). Ainsi, la chercheuse a demandé aux participantes quels aspects de leur vie personnelle seraient affectés si elles décidaient de quitter leur emploi. Cette question permettait de cerner les éléments en dehors du travail que l'infirmière perdrait, ce à quoi elle devrait renoncer, si elle quittait son emploi. Des questions d'approfondissement relatives au transport, à la communauté et aux activités sociales ont permis d'explorer plus en profondeur ce thème.

Relations sociales

Quelques auteurs mentionnent l'aspect social du travail comme faisant partie du concept d'investissements (Becker, 1964 ; Becker et Strauss, 1956 ; Sheldon, 1971). Certaines relations sociales sont significatives, elles ont de la valeur pour l'individu (Sheldon, 1971) et sont perçues par ce dernier comme des pertes lorsqu'il décide de quitter son emploi. Les questions 15 à 18 réfèrent donc spécifiquement aux relations avec les patients, les collègues, l'équipe et le superviseur. Par exemple, il est demandé à la participante de dire à quel point ses collègues lui manqueraient si elle quittait son emploi. Des questions d'approfondissement visant à comprendre les relations établies au travail sont par la suite posées à la participante. Par exemple, la chercheuse principale demande à la participante de décrire ses relations avec ses collègues de travail, ce qui permet de cerner les éléments précis de la relation que l'infirmière ne voudrait pas perdre.

Le guide d'entrevue se termine par une question (question 19) qui vise à s'assurer que l'ensemble des investissements a été couvert. La chercheuse demande aux participantes d'indiquer s'il y a d'autres aspects, non couverts au cours de l'entrevue, qu'elles devraient sacrifier si elles quittaient leur emploi.

2.1.2.6 Analyse des données

Le guide d'entrevue élaboré permet de mener des entretiens auprès d'infirmières et d'obtenir de l'information détaillée et pertinente relative au concept d'intérêt de l'étude, soit les investissements. Suite à ces entretiens, une analyse détaillée du verbatim de chaque entrevue est menée grâce au logiciel N'Vivo. Ce logiciel d'analyse qualitative permet d'effectuer un traitement approfondi des informations contenues dans le verbatim des entrevues. Grâce à ce logiciel, il est aisé de classer les extraits et d'avoir

accès aux extraits codés, ce qui facilite le codage ainsi que la vérification de l'analyse effectuée. De plus, ce logiciel permet d'effectuer rapidement le traitement d'une grande quantité d'informations de nature qualitative.

Plus spécifiquement, l'analyse qualitative vise à trouver un sens aux données recueillies et à démontrer comment ces données permettent de répondre à la question de recherche formulée par le chercheur (Poupart, Deslauriers, Laperrière, et Pires, 1997). Pour ce faire, le chercheur doit d'abord définir un cadre descriptif et interprétatif assez large en se basant sur des éléments structurels et des processus propres au phénomène étudié (Poupart et al., 1997). Dans la présente étude, le cadre descriptif et interprétatif provient de la documentation sur les investissements décrite en détails au chapitre 1. Le chercheur doit par la suite interpréter les concepts retrouvés dans le discours des participantes pour leur donner une forme qui s'inscrit dans la tradition scientifique. Lors de cette phase d'analyse, le chercheur effectue un codage (élément codé= unité de sens) qui a pour objectif de repérer, de classer, d'ordonner et de condenser l'information obtenue auprès des participants. De manière détaillée, un premier code est attribué pour repérer la rubrique, et un second code indique la catégorie. Ce codage est effectué de manière constante, c'est-à-dire que les mêmes codes sont attribués de manière systématique aux mêmes unités de sens. La procédure détaillée qui a été employée pour l'analyse des données qualitatives est décrite ci-dessous (Van der Maren, 1996):

- 1) Une secrétaire professionnelle a transcrit mot à mot le verbatim des 17 entrevues.
- 2) La chercheuse a effectué une relecture du cadre conceptuel, c'est-à-dire une relecture de la liste des rubriques et des catégories contenues dans la documentation relative aux investissements.
- 3) La chercheuse a effectué une première lecture du verbatim des entrevues.

- 4) La chercheure a effectué une lecture du matériel afin de déterminer les unités d'analyse et d'identifier les catégories. Cette lecture lui a permis de développer un système de classification (Patton, 1987 ; 2002).
- 5) La chercheure a effectué une lecture approfondie du matériel afin d'extraire les passages reliés aux investissements.
- 6) La chercheure a effectué une lecture des passages reliés aux investissements sur une portion du verbatim de plusieurs entrevues. Elle a codé les passages significatifs et a ajouté des catégories à la liste de catégories initiales (Huberman et Miles, 1991 ; Van der Maren, 1996).
- 7) La chercheure a repris les étapes deux à cinq sur une autre portion du verbatim des entrevues. La liste de codage a été ajustée suite à cette portion de l'analyse.
- 8) Une étudiante de quatrième année au doctorat en psychologie du travail et des organisations (second codeur) a effectué une vérification de la liste des catégories révisées.
- 9) La chercheure et le second codeur ont confronté leurs résultats. La chercheure a effectué un ajustement de la liste de catégories suite à cette rencontre.
- 10) Les étapes 2 à 5 et 7 à 9 ont été reprises pour le reste du matériel.

Afin de s'assurer que l'analyse est effectuée adéquatement et que les catégories d'investissement ressorties sont claires et distinctes, deux techniques sont utilisées, soit la technique de contre-codage (Van der Maren, 1996) et la technique de codage inverse. Pour réaliser le contre-codage et le codage inverse, les entrevues retenues sont choisies au hasard afin de ne pas introduire de biais. Il est à noter qu'une étudiante au doctorat en psychologie du travail et des organisations, qui possède des connaissances approfondies en analyse qualitative, a joué le rôle de l'expert lors de l'utilisation de ces deux techniques.

En ce qui concerne la technique de contre-codage, la chercheure fournit à l'experte le verbatim non codé des entrevues, les rubriques et les catégories. Cette experte identifie, par la suite, les unités de sens qui se rapportent aux investissements et les classe dans les rubriques et les catégories appropriées. Cette technique permet de savoir si le

codage initial est effectué adéquatement en le comparant au travail initial effectué par la chercheure principale. En ce qui a trait à la technique de codage inverse, la chercheure fournit les passages codés à l'experte, sans toutefois fournir les codes associés. L'experte lit alors les passages et les classe dans la rubrique et la catégorie appropriée. Par la suite, une vérification est effectuée afin de s'assurer que l'experte et la chercheure principale arrivent aux mêmes résultats. L'accord inter-juge obtenu entre les deux expertes est de 85,1% pour le contre-codage et de 81,3% pour le codage inverse, ce qui est plus élevé que le niveau standard de 70% de fiabilité entre les codeurs (Huberman et Miles, 1991).

2.1.3 Résultats de l'analyse qualitative

La section qui suit décrit les résultats de l'analyse qualitative réalisée. L'annexe J rapporte les facteurs d'investissement, les sous-types, le nombre et le pourcentage de citations pour chaque sous-type. L'annexe K, présente quant à elle, les résultats détaillés des différents facteurs et sous-facteurs d'investissement ainsi que les extraits pertinents du verbatim.

Pour les fins de la présente étude, une unité d'analyse a été choisie pour le codage des extraits du verbatim. La chercheure a choisi de coder les extraits portant sur des investissements qui se rapportent à l'unité de soins. Ce choix a été effectué pour deux raisons principales. La première raison réfère au choix d'une unité significative pour l'infirmière. Les changements majeurs qui ont lieu actuellement au sein du réseau de la santé québécois impliquent la fusion d'établissements pour créer des Centres de santé et de services sociaux (CSSS). Ces changements n'étaient pas implantés de manière concrète au moment de la cueillette de l'ensemble des données. Ainsi, les infirmières ne pouvaient pas avoir développé un attachement face à l'unité qu'est l'établissement

(le CSSS) puisqu'il demeurerait à cette période une entité peu significative. Pour les infirmières, l'unité de soins dans laquelle elles travaillent est alors une unité plus significative que l'établissement en général. Une deuxième raison se retrouve dans le fait que l'unité de soins est une unité proximale qui fait partie du quotidien de l'infirmière, tandis que l'établissement est une réalité plus distale. Il est alors plus facile pour l'infirmière d'identifier des objets d'investissement qui se rapportent à l'unité de soins et qui ont un impact dans son quotidien.

2.1.3.1 Facteurs d'investissement décrits dans la documentation

La section qui suit présente les résultats de l'analyse qualitative relatifs aux facteurs d'investissement présents dans la documentation. De manière détaillée, les résultats se rapportent à l'expertise « sous l'appellation ajustement à la position sociale » dans la théorie de Becker (1960), aux conditions de travail « sous l'appellation arrangements bureaucratiques » dans la théorie de Becker (1960), à la présentation de soi et aux attentes culturelles généralisées, aux aspects non reliés au travail ainsi qu'aux relations sociales.

Expertise « sous l'appellation ajustement à la position sociale »

Le premier type d'investissements, de la théorie de Becker (1960), « l'expertise », comprend les questions sept et huit du guide d'entrevue. Ce type réfère au fait que la personne acquiert un savoir qui lui permet de jouer correctement le rôle qu'elle occupe. Elle est ainsi moins susceptible de posséder les connaissances requises pour occuper un autre poste. L'analyse du verbatim fait ressortir quatre éléments principaux, soit les connaissances, les habiletés, l'apprentissage et le fait d'être une personne ressource. En premier lieu, les participantes interrogées ont rapporté que plusieurs connaissances et habiletés qu'elles possèdent sont spécifiques à leur emploi actuel. Elles ajoutent

qu'elles ne pourraient pas les utiliser dans le cadre d'un autre emploi. Par exemple, en ce qui concerne les habiletés, les infirmières soulignent que les techniques de travail, les instruments et les appareils sont particuliers à chaque département et à chaque établissement. En deuxième lieu, la possibilité d'apprendre est un élément important que les infirmières ne voudraient pas perdre. Les infirmières soulignent l'importance de garder un esprit vif, de rester alerte et de continuer à se perfectionner dans leur domaine. En troisième lieu, plusieurs infirmières soutiennent qu'elles aiment être « une personne ressource » et qu'elles ne voudraient pas perdre cet élément. Elles utilisent les termes « experte », « source sûre », « référence » pour décrire cet élément. De plus, elles soulignent qu'elles devraient être formées si elles décidaient de changer d'emploi. Elles perdraient ainsi l'expertise qui leur est reconnue dans le cadre de leur emploi actuel. Les quatre éléments décrits ci-haut (connaissances, habiletés, apprentissage et le fait d'être une personne ressource) ainsi que les extraits de verbatim sont rapportés à l'annexe K. Au total, cinquante-neuf extraits correspondent à ce type d'investissements dont 33,9% se rapportent aux habiletés, 32,2% à l'apprentissage, 18,6% aux connaissances et 15,3% au fait d'être une personne ressource.

Conditions de travail « sous l'appellation arrangements bureaucratiques »

Le deuxième type d'investissements se rapporte aux « conditions de travail » (Becker, 1960) et comprend les questions neuf à onze du canevas d'entrevue. Ce type réfère aux aspects financiers, aux aspects matériels, aux possibilités d'avancement ainsi qu'à la sécurité et à la stabilité vécues par les participantes. L'analyse fait ressortir plusieurs éléments, soit le poste, les vacances, les aspects monétaires et l'ancienneté. Il est à noter que certains éléments relatifs à l'ancienneté et aux aspects monétaires sont liés à l'organisation et non à l'unité de soins. Ainsi, le nombre d'années d'ancienneté est lié à l'organisation, tandis que la position dans la liste d'ancienneté est liée à l'unité de

soins. De plus, certains aspects monétaires, tels le salaire, le régime de retraite et les avantages sociaux sont liés à l'organisation, tandis que les sommes d'argent reçues pour le temps supplémentaire, les gardes et les primes se rattachent à l'unité de soins. Seuls les éléments qui se rapportent à l'unité de soins sont inclus dans la présente section. Les éléments qui se rapportent à l'organisation sont discutés à la section « Extraits relatifs aux investissements non codés ».

En premier lieu, 73 extraits de verbatim, soit 62,9% des extraits du type « arrangements bureaucratiques », réfèrent au poste occupé dans l'unité de soins. Les infirmières relatent l'importance du quart de travail, de l'horaire (ex : les congés de fin de semaine), d'avoir un poste (certaines préfèrent un poste à temps partiel, d'autres un poste à temps plein) ainsi que l'importance de ne pas être obligée de faire du temps supplémentaire. En deuxième lieu, 24 extraits de verbatim, soit 20,7% des extraits de ce type, se rapportent à la notion de vacances. Les infirmières rapportent que le fait de pouvoir choisir leur période de vacances est un bénéfice qu'elle ne voudraient pas perdre. Plus spécifiquement, elles parlent du choix des vacances et des congés auxquels elles ont droit. En troisième lieu, les infirmières mentionnent l'importance de certains aspects monétaires. L'analyse montre que 11 extraits (9,5% des extraits du type) réfèrent aux aspects monétaires. Plus précisément, ces extraits réfèrent au salaire octroyé pour les heures de garde et pour le temps supplémentaire ainsi qu'aux différents facteurs de primes (ex : prime de monitrice) obtenues par les infirmières. En quatrième lieu, les infirmières soulignent l'importance de l'ancienneté. Les infirmières expliquent que le fait d'avoir une meilleure position sur la liste d'ancienneté leur permet d'avoir des possibilités d'avancement et ce, tant au niveau des postes que des responsabilités. Huit extraits, totalisant 6,9% des extraits relatifs à ce type, ressortent de l'analyse.

En ce qui concerne les résultats relatifs à la question 11 (sécurité et stabilité), les résultats indiquent que les infirmières ne font pas la distinction entre le terme sécurité et le terme stabilité. Pour ces dernières, les éléments relatifs à la sécurité/stabilité se rapportent aux sous-facteurs d'investissement suivants : poste et aspects monétaires. Par exemple, le fait d'avoir un poste (temps partiel, temps complet, sur appel), le fait d'avoir sa permanence et/ou d'avoir des primes assurées sont des sources de sécurité dans la vie des participantes. Tous les extraits relatifs à la sécurité et à la stabilité étant déjà inclus dans un des sous-facteurs relatifs aux « conditions de travail », aucun sous-type supplémentaire n'a donc été créé.

Présentation de soi et attentes culturelles généralisées

Le troisième type d'investissements reprend les facteurs « présentation de soi » et « attentes culturelles généralisées » de la théorie de Becker (1960). Il est d'abord important de rappeler que la « présentation de soi » réfère au fait que l'individu souhaite projeter une image positive de lui-même et que les « attentes culturelles généralisées » se rapportent à l'évaluation d'un individu par un groupe de référence. Ces deux facteurs ont un point commun qui se retrouve dans le fait qu'une évaluation est effectuée par une tierce personne. En ce sens, la question 12 « dans quelle mesure les gens de votre entourage auraient une image négative de vous si vous décidiez de quitter votre emploi ? » permet de cerner les deux types, puisqu'elle réfère à l'évaluation d'individus appartenant à des groupes de référence significatifs pour l'infirmière. Toutes les participantes ont répondu que leurs collègues, leurs parents et leurs ami(e)s auraient une réaction positive et favorable. Quelques infirmières ont souligné que leur superviseur serait déçu de cette nouvelle, mais qu'elles n'y accordaient aucune importance pour prendre leur décision. Ainsi, la réaction négative du superviseur ne semble pas être un élément important dans la prise de décision de

l'infirmière. De plus, toutes les participantes ont répondu qu'il est socialement acceptable de quitter son emploi (question 13). La norme sociale étant favorable au changement d'emploi, l'infirmière ne sera pas mal perçue si elle décide de quitter son emploi. L'infirmière ne subira aucun coût relatif à cet élément si elle décide de quitter son emploi, ce qui implique qu'aucun élément relatif aux investissements n'est lié à cette décision. Ainsi, aucun extrait du verbatim n'a été codé pour ces deux facteurs d'investissements, puisque les extraits relatifs à « la présentation de soi » et « aux attentes culturelles généralisées » ne constituent pas des éléments d'investissement significatifs pour les infirmières.

Aspects non reliés au travail

Le quatrième type d'investissements correspond aux aspects non reliés au travail et est abordé avec la question 14. Plusieurs participantes ont indiqué qu'aucun aspect de leur vie extérieure au travail ne serait affecté si elles décidaient de quitter leur emploi. Quelques infirmières ont cependant affirmé que les activités sociales en dehors du milieu de travail sont des éléments importants qu'elles ne voudraient pas perdre. Par exemple, elles soulignent qu'elles aiment aller souper au restaurant ou prendre un verre avec des collègues de travail. Au total, trois extraits ressortent de l'analyse du verbatim. Les extraits étant peu nombreux et se rapportant exclusivement aux sorties sociales avec des collègues, ils ont été classés avec les extraits qui se rapportent à l'aspect social décrit ci-dessous.

Relations sociales

Ce thème, abordé par les questions 15 à 18, correspond aux relations entretenues au travail par les participantes. Premièrement, la grande majorité des participantes (15 infirmières sur 17) soulignent l'importance de leurs relations avec les patients. Les

infirmières rapportent qu'elles entretiennent des liens significatifs avec leurs patients. Elles parlent de la relation au patient, du contact avec les patients et du fait qu'elles s'attachent à leurs patients. En fait, plusieurs d'entre elles voient les mêmes patients durant plusieurs semaines, plusieurs mois et même durant des années, ce qui leur permet de développer un attachement à ceux-ci. L'analyse fait ressortir 59 extraits relatifs au contact avec le patient, ce qui constitue 36,4% des extraits de ce type. Deuxièmement, les relations avec les collègues constituent 33,3% des extraits de ce type, soit 54 extraits rapportés. Les infirmières rapportent que le contact avec les pairs est très important. Elles soulignent qu'elles seraient tristes de perdre ces liens d'amitié, de complicité et de collaboration. Elles ajoutent que ces personnes leur manqueraient si elles quittaient leur emploi. Troisièmement, 42 extraits se rapportent aux relations avec l'équipe de travail (25,9% des extraits de ce type). Les infirmières rapportent que l'équipe de travail est une unité significative qui favorise le partage d'informations. Elles ajoutent que la confiance et l'entraide entre les membres de l'équipe sont des éléments qui sont importants pour elles. Quatrièmement, quatre infirmières rapportent que leur superviseur est une personne importante qu'elles ne voudraient pas perdre. Ces infirmières soulignent que leur superviseur est une personne chaleureuse qui possède beaucoup de connaissances et qui divulgue les informations requises adéquatement. Au total, sept extraits se rapportent à cet élément (4,4% des extraits de ce type).

2.1.3.2 Investissements non décrits dans la documentation

L'analyse du verbatim des entrevues a aussi fait ressortir deux facteurs d'investissement qui diffèrent des éléments théoriques décrits au premier chapitre, mais qui s'avèrent pertinents à la compréhension du concept d'investissement. Ces deux facteurs d'investissement sont les suivants : les valeurs humaines et le travail quotidien.

D'une part, le type d'investissement « valeurs humaines » réfère à la reconnaissance, à l'utilité, à la qualité des soins et au respect. En premier lieu, 25 extraits (35,7% des extraits de ce type) se rapportent à la reconnaissance témoignée par des patients, des collègues et des personnes en position d'autorité. Les infirmières rapportent que l'appréciation témoignée par les patients est un aspect très valorisant de leur travail. Elles soulignent cet élément en parlant des remerciements reçus de la part des patients. De plus, les infirmières soulignent que la reconnaissance de leur valeur et de leur crédibilité en tant qu'infirmière, par les collègues et les personnes en position d'autorité, est un aspect très important qu'elles ne voudraient pas perdre. En deuxième lieu, le sentiment d'être utile est rapporté dans 25 extraits, soit 35,7% des extraits de ce type. Les infirmières disent qu'il est important pour elles d'être utiles et d'aider autrui. Elles ajoutent qu'elles aiment « apporter quelque chose » à autrui. En troisième lieu, 14 extraits (20,0% des extraits de ce type) réfèrent à la qualité des soins. Certaines infirmières affirment avoir le temps de donner des soins de qualité aux patients et que cet aspect est très important dans le cadre de leur emploi. De plus, certaines infirmières affirment qu'elles aiment faire une chose à la fois et traiter un patient à la fois. Par exemple, une infirmière affirme que si elle se trouvait dans un emploi où elle ne pouvait pas donner des soins de qualité, elle démissionnerait. En quatrième lieu, le respect témoigné par les collègues et les membres des autres champs de pratique est un aspect que les infirmières valorisent et qu'elles ne voudraient pas perdre. En ce sens, 8,6% des extraits de ce type se rapportent au respect, soit six extraits.

D'autre part, le type d'investissement « travail quotidien » se rapporte à la latitude décisionnelle, au défi, au type de tâches et à la routine. Premièrement, la latitude décisionnelle ressort comme un élément important dans le discours des infirmières (43 extraits, soit 39,8% des extraits du type). Les infirmières soulignent qu'il est important

pour elles de pouvoir exercer leur jugement clinique. Elles aiment prendre des décisions et avoir une autonomie au niveau professionnel. De plus, une infirmière d'un CLSC souligne qu'elle aime avoir la possibilité d'organiser son horaire, son carnet de route et sa gestion de cas. Elle ne voudrait pas perdre cette liberté d'action. Deuxièmement, les infirmières rapportent l'importance du type de tâches effectuées. Trente-trois extraits, soit 30,6% des extraits de ce type, se rapportent à cet élément. Les infirmières soulignent qu'elles aiment la nature de leur travail, la spécialité dans laquelle elles exercent et le style de soins à donner aux patients. Par exemple, une infirmière mentionne avoir essayé de travailler dans une autre unité de soins. Dans son nouvel emploi, elle n'aimait pas les tâches à accomplir et affirme : « je me sentais comme une instrumentiste ». Elle a donc décidé de retourner à son ancien emploi. Plusieurs participantes adoptent la même position que cette infirmière et mentionnent qu'elles ne voudraient pas que la nature de leurs activités quotidiennes soit modifiée. Troisièmement, le défi est un élément retrouvé dans 19 extraits du verbatim, ce qui constitue 17,6% des extraits de ce type. Par exemple, pour plusieurs le défi se retrouve lorsque les patients sont en situation critique. Il se produit alors une situation d'urgence et leur niveau d'adrénaline augmente. Elles disent aimer ce type d'action et ne pas vouloir travailler avec des patients plus stables. Quatrièmement, 13 extraits (12,0% des extraits codés pour ce type) réfèrent à la routine établie par l'infirmière dans le cadre de son emploi au sein de l'unité de soins. Les infirmières affirment qu'elles sont bien dans leur routine, qu'elles ont acquis des habitudes et qu'elles sont confortables dans un travail qu'elles connaissent. Par exemple, une infirmière qui est retournée dans son ancien emploi affirme : « j'ai eu l'impression de remettre des bonnes vieilles pantoufles confortables après avoir eu mal aux pieds pendant trois semaines de temps ».

2.1.3.3 Extraits relatifs aux investissements non codés

Cette section décrit les extraits de verbatim relatifs à des investissements qui ne font pas partie des résultats de l'analyse qualitative parce qu'ils réfèrent à l'organisation et non à l'unité de soins, soit certains aspects monétaires, l'ancienneté liée à l'établissement et le milieu de vie de l'infirmière.

En premier lieu, quelques extraits relatifs aux aspects monétaires ne sont pas inclus dans les résultats de l'analyse qualitative parce qu'ils se rapportent à l'établissement et non à l'unité de soins. Par exemple, une infirmière rapporte : « j'ai besoin de mon salaire, je suis le soutien familial ». Cet extrait laisse voir que le salaire est un objet d'investissement que l'infirmière ne voudrait pas perdre. Toutefois, cet élément n'est pas codé, car il ne diffère pas d'une unité de soins à l'autre ou même d'un établissement à l'autre. L'échelle salariale des infirmières est la même à travers les différents établissements du Réseau québécois de la santé. Ainsi, même si une infirmière décide de se chercher un autre emploi comme infirmière, elle conserve le même salaire. Cet élément ne constitue donc pas un objet d'investissement qui se rapporte à l'unité de soins. La même considération s'applique en ce qui a trait au régime de retraite et aux avantages sociaux. Tout comme pour l'échelle salariale, ces éléments sont similaires à travers le Québec. Par exemple, certaines infirmières soulignent qu'elles doivent avoir un nombre d'années d'ancienneté élevé afin que le montant associé à leur régime de retraite soit intéressant. Ainsi, elles mentionnent qu'elles ne prendraient pas leur retraite immédiatement afin de ne pas être pénalisées. Le régime de retraite est donc un élément que la personne ne veut pas perdre. Une fois de plus, cet élément n'est pas intégré aux résultats qualitatifs puisqu'il est transférable d'un établissement à l'autre.

En deuxième lieu, certains objets d'investissement se rapportant à l'ancienneté liée à l'établissement n'ont pas été codés. Il est important de savoir que les infirmières conservent leur ancienneté lorsqu'elles quittent un département. Toutefois, le système québécois de santé ne leur permet pas de conserver les privilèges associés aux années d'ancienneté lorsqu'elles changent d'établissement. Les infirmières affirment en ce sens qu'elles ne voudraient pas « recommencer à zéro » ou « se retrouver en bas de l'échelle » en changeant d'établissement. Ainsi, plusieurs éléments associés à l'ancienneté réfèrent à des éléments d'investissement liés à l'établissement et non à l'unité de soins, c'est pourquoi ils ne sont pas codés.

En troisième lieu, certains extraits réfèrent au milieu de vie dans lequel l'infirmière évolue. De manière spécifique, ces extraits rapportent le fait que l'infirmière ne veut pas perdre un milieu de travail où elle se sent chez elle. Par exemple, certaines infirmières affirment : « tu rentres dans ton hôpital, c'est ton chez vous », « c'est ma vie, je n'ai jamais changé d'hôpital », « t'es dans ton milieu ». Les infirmières qui travaillent depuis plusieurs années dans le même établissement développent un lien d'appartenance à cet établissement, ce qui est très lié au concept d'engagement affectif tel que décrit par Meyer et Allen (1991). Ces extraits n'ont donc pas été codés car ils étaient très liés au concept d'engagement affectif et qu'aucun ne se rapportaient à l'unité de soins, mais plutôt à l'établissement.

2.2 Étude 2 : Développement de l'instrument de mesure

La section qui suit décrit les différentes étapes qui ont mené à l'élaboration de l'instrument de mesure sur les investissements c'est-à-dire les deux pré-tests ainsi que la pré-expérimentation. Il est important de noter que l'instrument de mesure des objets

d'investissement a été créé sur la base de la recension de la documentation ainsi que sur les entretiens effectués auprès d'infirmières.

2.2.1 Premier pré-test

L'analyse qualitative effectuée à partir du verbatim des entrevues de la première étude ainsi que la recension de la documentation sur les investissements a permis de générer les items du questionnaire relatifs aux objets d'investissements. Au total, 79 items relatifs aux objets d'investissement ont été créés à partir des critères suivants (Haladyna, 2004) :

1. Créer chaque item à partir d'un contenu spécifique.
2. Créer chaque item à partir d'un élément de contenu important.
3. S'assurer que les items sont indépendants les uns des autres.
4. Éviter de créer des items qui se rapportent à une opinion.
5. S'assurer que la consigne et les items sont clairs.
6. Utiliser un vocabulaire simple et facile à comprendre.
7. S'assurer que l'orthographe et la grammaire sont adéquates.
8. Formuler des items courts.
9. S'assurer que les choix de réponse ne se recoupent pas.
10. Éviter les négations le plus possible pour la consigne ainsi que pour les items.

Les items créés décrivent des objets d'investissement, c'est-à-dire des bénéfices reliés au travail qui ont de la valeur pour l'infirmière et qu'elle ne voudrait pas perdre. Ces items ont été formulés pour se rapprocher le plus possible du discours des infirmières.

Un groupe de sept experts a été constitué afin d'analyser les items créés.

2.2.1.1 Échantillon et procédure

Le groupe d'expertes est composé de sept infirmières (100% de femmes) provenant de différents établissements du Réseau québécois de la santé. Les participantes ont été recrutées par une infirmière qui agit à titre de personne ressource (même infirmière que pour l'étude précédente). Cette dernière a effectué des contacts dans son milieu de travail et dans d'autres établissements de la santé. L'échantillon est composé de femmes dont la moyenne d'âge est de 46,40 ans (é.t.= 10,65). Ces infirmières travaillent en moyenne depuis 19,74 ans (é.t.= 13,34) comme infirmière, depuis 14,22 ans (é.t.= 9,87) dans l'établissement et depuis 9,31 ans (é.t.= 8,65) dans leur unité de soins actuelle.

Les infirmières recrutées pour cette étude agissent à titre d'expertes de contenu. La définition des investissements proposée dans le cadre de cette recherche leur est présentée au début de l'étude et leur tâche consiste à évaluer chacun des items créés en fonction de quatre consignes. Une première consigne indique d'éliminer et/ou de reformuler les items vagues. Une deuxième consigne demande de retrancher les items redondants. Une troisième consigne vise à savoir si l'objet d'investissement est assez important pour être rapporté par l'ensemble des infirmières. Une dernière consigne demande s'il y a d'autres objets d'investissement qui ne sont pas inclus dans le questionnaire et qui le devraient. Les 79 items formulés au départ ont été analysés en fonction de ces quatre consignes.

2.2.1.2 Résultats

Première consigne : items vagues

Au sujet des items jugés vagues ou imprécis, les infirmières ont identifié 22 items. Ces items ont subi des modifications mineures. Certaines modifications visent à ce que

l'item soit relié plus intimement avec la réalité des infirmières. Par exemple, le terme « superviseur » a été remplacé par l'expression « infirmière chef ». D'autres modifications ont pour objectif de rendre l'item plus clair. En outre, l'item « la possibilité de prendre des décisions » est devenu « la possibilité de prendre des décisions relatives aux soins de mes patients » et l'item « les formations reçues » est désormais formulé « les formations reçues en cours d'emploi ». De plus, deux items ont été supprimés, car ils n'étaient pas clairs pour la majorité des infirmières, soit « le temps passé à apprendre et à m'ajuster aux attentes de performance de mon unité de soins » et « le temps passé à apprendre les politiques et les procédures de mon unité de soins ». L'annexe L présente de manière détaillée les modifications effectuées sur les items.

Deuxième consigne : items redondants

Plusieurs items ont été retirés du questionnaire car les infirmières affirmaient qu'ils étaient redondants. Au total, 24 items ont été retranchés du questionnaire pour cette raison. Par exemple, plusieurs infirmières estiment que l'item « horaire » est similaire à l'item « quart de travail ». L'annexe M présente les items qui ont été retirés du questionnaire en raison de la redondance.

Troisième consigne : items peu importants

En ce qui concerne la troisième consigne, les infirmières ont jugé que tous les items référaient à des objets d'investissement qui sont assez importants pour être rapportés par une infirmière. Toutefois, les infirmières ont émis des réserves quant à la pertinence réelle de certains items. Ainsi, les infirmières ont mentionné que l'obligation de faire du temps supplémentaire est spécifique à certains départements et que cette situation est beaucoup moins présente qu'auparavant dans le domaine infirmier. L'item « la

possibilité de ne pas faire du temps supplémentaire obligatoire » a donc été enlevé du questionnaire puisque la réalité des infirmières a évolué au fil des ans. Aussi, le fait d'aimer les « situations d'urgence », « l'instabilité chez les patients » et « l'adrénaline ressentie » sont des éléments spécifiques à certaines unités de soins et ne s'appliquent donc pas à l'ensemble des infirmières du réseau de la santé. Ces items ont eux aussi été retirés du questionnaire. Les infirmières ont spécifié que « la possibilité d'exercer un jugement clinique » est un aspect inhérent à la profession d'infirmière. Toute infirmière devrait, dans le cadre de son emploi, exercer son jugement clinique. Il ne s'agit donc pas d'un objet d'investissement, mais d'une caractéristique inhérente à la profession. Pour cette raison, cet item a aussi été retiré du questionnaire.

Quatrième consigne : Ajout d'items

Pour ce qui est de la quatrième consigne, les infirmières ont suggéré d'ajouter quelques objets d'investissement au questionnaire. Les items suivants ont donc été ajoutés, soit « le fait d'avoir ma permanence », « les encouragements de mon infirmière chef pour mes initiatives », « la possibilité de faire de l'enseignement aux patients », et « la reconnaissance des formations suivies ».

2.2.2 Deuxième pré-test

À partir des commentaires reçus de la part des infirmières, une deuxième version préliminaire du questionnaire sur les objets d'investissement a été élaborée. Ce pré-test poursuit deux objectifs, soit évaluer la consigne et l'échelle de réponses ainsi que faire ressortir les items qui ne sont pas importants pour les infirmières.

2.2.2.1 Échantillon et procédure

L'échantillon de ce pré-test est composé de 16 infirmières (100% de femmes) provenant de divers établissements du Réseau québécois de la santé. Les participantes ont été recrutées par une infirmière qui a effectué des contacts dans son milieu de travail et dans d'autres établissements de la santé (même infirmière que pour les études précédentes). Ces infirmières ont en moyenne 40,9 ans (é.t.= 11,0), elles travaillent comme infirmière en moyenne depuis 18,6 années (é.t.= 11,8), dans leur établissement actuel depuis 18,5 années (é.t.= 11,8) et dans leur unité de soins actuelle depuis 12,4 années (é.t.= 12,3).

Lors de cette étude, les infirmières ont pour tâche de répondre au questionnaire sur les objets d'investissement. Ces dernières reçoivent le questionnaire ainsi qu'un formulaire de consentement (deux exemplaires : une copie à signer et à retourner ainsi qu'une copie à conserver). Elles remettent une copie signée du formulaire de consentement ainsi que le questionnaire dûment complété à une infirmière agissant comme personne ressource. Cette dernière met les questionnaires complétés et les formulaires de consentement dans deux enveloppes distinctes, puis cache ces enveloppes afin d'assurer la confidentialité des résultats. Le formulaire fournit des informations sur la nature et les objectifs de l'étude, les procédures, les bénéfices et avantages, les inconvénients et les risques, la confidentialité, la participation volontaire et le retrait de l'étude ainsi que les personnes à contacter (voir annexe N). De plus, le formulaire comprend une formule d'adhésion à l'étude ainsi qu'une formule d'engagement du chercheur. Le questionnaire comprend 52 items, ainsi qu'une échelle de Likert en six points qui est présentée ci-dessous. La consigne est la suivante : « Veuillez compléter le questionnaire ci-dessous en indiquant, pour chaque élément cité, jusqu'à quel point il représente un aspect de votre travail que vous ne voudriez pas perdre ? » Cet élément

(ne) représente un aspect : 1= pas du tout important, 2= peu important, 3= modérément important, 4= important ; 5= très important ; 6= ne s'applique pas.

2.2.2.2 Résultats

Deux objectifs principaux sont poursuivis lors de l'analyse : 1) évaluer la consigne et l'échelle de réponses, 2) identifier les items qui ne sont pas importants pour les infirmières. Pour ce faire, une vérification des moyennes et des écarts-types est effectuée pour chacun des items. Il est à noter que les trois données manquantes (moins de 5% des données) ont été remplacées par la moyenne (Tabachnick et Fidell, 2001).

Les résultats démontrent que chacun des 52 items obtient une moyenne entre 2,64 et 4,87 et un écart-type se situant entre 0,34 et 1,20. Ces résultats permettent de constater que tous les items créés correspondent à des aspects du travail qui sont au moins « modérément importants » pour les infirmières. Toutefois, il ressort que 21 items obtiennent une moyenne élevée ($4,5 \leq x \leq 4,88$) ainsi qu'un écart-type inférieur à 0,60. Une analyse a été effectuée afin de comprendre pourquoi de nombreux items obtiennent si peu de variance. Compte tenu du nombre élevé d'items qui obtiennent une moyenne élevée ainsi qu'un écart-type faible, il a été envisagé que l'échelle formulée soit à l'origine de ces résultats. En fait, cette échelle permet de savoir quels sont les objets d'investissement qui ont de l'importance pour l'infirmière, mais il est impossible de savoir si l'objet est bel et bien présent dans l'emploi occupé par l'infirmière. Cette échelle ne permet donc pas de cerner le concept d'investissement dans son entier. Afin de pallier cette lacune, l'échelle a été révisée pour être désormais formulée en terme de perte. Cette formulation permet de mieux cerner le concept d'investissement puisque pour être une perte l'objet doit posséder deux caractéristiques, soit 1) être présent dans le cadre du travail et 2) être important pour l'infirmière. De plus, comme tous les items

s'avèrent être des objets d'investissement relativement importants pour les infirmières, aucun item n'a été retiré du questionnaire.

2.2.3 Pré-expérimentation

Cette étude poursuit trois objectifs principaux, soit 1) évaluer l'échelle révisée du questionnaire ; 2) vérifier la consistance interne du questionnaire ; 3) vérifier la validité critériée du questionnaire.

2.2.3.1 Échantillon et procédure

L'échantillon de cette étude est composé de 46 infirmières provenant de différents établissements du Réseau québécois de la santé. En moyenne, les participantes ont 40,6 ans (é.t.= 11,4), 18,2 ans (é.t.= 11,4) d'ancienneté comme infirmière, 8,8 ans (é.t.=8,0) d'ancienneté dans l'établissement et 5,7 ans (é.t.= 6,7) d'ancienneté dans leur unité de soins. L'échantillon est composé à 95,7% de femmes et le taux de participation est de 49,5%.

La majorité des infirmières qui participent à cette étude proviennent d'un même établissement de la grande région métropolitaine. Ces infirmières sont contactées par la coordonnatrice de l'enseignement et de la recherche de cet établissement. Cette dernière donne aux infirmières chefs des enveloppes contenant un mémo relatif à l'étude (voir annexe O), le questionnaire et une enveloppe de retour. Chaque infirmière retourne une enveloppe scellée contenant le questionnaire complété, à la coordonnatrice de l'enseignement et de la recherche. Celle-ci remet par la suite ces enveloppes à la chercheuse principale. Il est à noter que pour cet établissement, aucun formulaire de consentement n'est remis. La direction a dégagé par écrit la chercheuse de toute

responsabilité relative au consentement libre et éclairé des participantes, puisqu'elle estime que le fait de répondre au questionnaire fournit le consentement requis.

D'autre part, certaines infirmières sont contactées de manière indépendante par une infirmière qui agit à titre de personne ressource (même infirmière que pour les études précédentes). Ces infirmières reçoivent par courrier le mémo, le questionnaire, deux copies du formulaire de consentement ainsi qu'une enveloppe de retour préaffranchie. Elles retournent par la poste le questionnaire ainsi qu'une copie signée du formulaire de consentement. En ce qui concerne les différents documents fournis aux participantes, le formulaire de consentement fournit des informations sur la nature et les objectifs de l'étude, les procédures, les bénéfices et avantages, les inconvénients et les risques, la confidentialité, la participation volontaire et le retrait de l'étude ainsi que les personnes à contacter. De plus, le formulaire comprend une formule d'adhésion à l'étude ainsi qu'une formule d'engagement du chercheur.

2.2.3.2 Mesures

Les données sont recueillies par le biais d'un questionnaire destiné aux infirmières et aux infirmières auxiliaires d'établissements du Réseau québécois de la santé. Ce questionnaire comprend quatre sections, soit les investissements, l'engagement envers l'unité de soins, l'intention de départ et la santé psychologique.

La première section du questionnaire se rapporte aux investissements effectués par l'infirmière. Ce questionnaire est développé à partir d'une recension de la documentation sur les investissements et d'entrevues auprès d'infirmières du Réseau québécois de la santé. La mesure élaborée comprend 52 items qui mesurent cinq facteurs d'investissement, soit l'expertise, les conditions de travail, les relations

sociales, les valeurs humaines et le travail quotidien. Le questionnaire comprend une échelle de Likert en six points qui est présentée ci-dessous. La consigne ainsi que l'échelle sont les suivantes : « Veuillez compléter le questionnaire ci-dessous en indiquant pour chaque élément cité, jusqu'à quel point il représente un aspect de votre travail que vous ne voudriez pas perdre ? » Cet élément (ne) représente: 1= aucune perte, 2= une perte mineure, 3= une perte modérée, 4= une perte importante ; 5= une perte très importante ; 6= ne s'applique pas. L'échelon « ne s'applique pas » a été créé afin de s'assurer que tous les items sont pertinents pour la majorité des participants.

La deuxième section porte sur l'engagement envers l'unité de soins qui est mesuré par l'échelle francophone de Vandenberghe et Simard (2004) dans laquelle le mot « unité de soins » a été substitué à celui d'« organisation ». Précisons que l'échelle de Vandenberghe et Simard (2004) est basée sur celle développée par Bentein, Vandenberg, Vandenberghe et Stinglhamber (2005) et Stinglhamber, Bentein et Vandenberghe (2002). Cette échelle a fait l'objet d'une analyse factorielle confirmatoire qui montre que le modèle à quatre facteurs (GFI= .89 ; NNFI=.93 ; CFI=.94) obtient des indices d'ajustement supérieurs aux modèles à trois facteurs (GFI=.83 ; NNFI=.86 ; CFI=.87), deux facteurs (GFI=.67 ; NNFI= .66 ; CFI= .70) et un seul facteur (GFI=.60 ; NNFI=.52 ; CFI=.57) (Stinglhamber, Bentein et Vandenberghe, 2002). L'échelle de la présente étude se différencie toutefois de celle développée par Stinglhamber, Bentein et Vandenberghe (2002) par le fait que la dimension « sacrifice perçu » est mesurée par 6 items au lieu de 3 et la dimension « manque d'alternatives d'emploi » par 5 items au lieu de 3. À cet égard, il faut noter que la distinction entre les dimensions de « sacrifice perçu » et de « manque d'alternatives d'emploi » au sein même de la composante de continuité a été mise en évidence à plusieurs reprises dans la littérature sur l'engagement (Bentein et al., 2005 ; Bentein et al., 2004 ; Hackett et

al., 1994 ; McGee et Ford, 1987 ; Meyer et al., 1990 ; Powell et Meyer, 2004 ; Stinglhamber et al., 2002).

La troisième section du questionnaire se rapporte à l'intention de quitter l'unité de soins qui est mesurée à partir des deux items de Hom, Griffeth et Sellaro (1984) adaptés par Mitchell, Holtom, Lee, Sablinski et Erez (2001). Ces items sont adaptés et traduits par la méthode traduction-retraduction (Haccoun, 1987; Vallerand, 1989).

La quatrième section du questionnaire porte sur la santé psychologique des infirmières, et est mesurée à partir des 48 items de Massé et al. (1998a ; 1998b) dont 25 items sur le bien-être psychologique et 23 items sur la détresse psychologique. Cet instrument qui a fait l'objet de validations exploratoires et confirmatoires possède de bonnes propriétés psychométriques (Massé et al., 1998a ; 1998b ; 1998c). De manière spécifique, les résultats d'analyses factorielles effectuées ont permis de faire ressortir quatre facteurs de la détresse qui comportent 23 items, soit l'auto-dévalorisation ($\alpha=.89$), l'irritabilité/l'agressivité ($\alpha=.81$), l'anxiété/ la dépression ($\alpha=.85$) et le désengagement social ($\alpha=.82$) (Massé et al., 1998a) ainsi que six facteurs de bien-être qui totalisent 25 items plus précisément, l'estime de soi ($\alpha=.79$), l'équilibre ($\alpha=.75$), l'engagement social ($\alpha=.71$), la sociabilité ($\alpha=.75$), le contrôle de soi ($\alpha=.75$) et des événements, ainsi que le bonheur ($\alpha=.85$) (Massé et al., 1998b). L'homogénéité interne des échelles globales de détresse ($\alpha=.93$) (Massé et al., 1998a) et de bien-être ($\alpha=.93$) (Massé et al., 1998b) ainsi que celle de leur sous-échelles est adéquate puisqu'elle s'avère plus élevée que le seuil de $\alpha=.70$ établi par (Nunnally, 1978). La définition détaillée de chacune des sous dimensions de la détresse et du bien-être se retrouve à l'annexe Q.

2.2.3.3 Résultats

Les objectifs de la pré-expérimentation étaient de vérifier la nouvelle échelle, de vérifier la fidélité et la validité critériée (engagement envers l'unité de soins, santé psychologique et intention de départ) du questionnaire sur les investissements. Il est à noter que les données manquantes représentent moins de 5% des données (Tabachnick et Fidell, 2001). Elles ont donc été remplacées par la moyenne.

Les résultats de la pré-expérimentation (voir annexe P) rapportent des moyennes relatives aux items des objets d'investissement allant de 2,40 à 4,63. Les écarts-types quant à eux se situent près de 1 (entre 0,88 et 1,40). Les résultats indiquent que la consigne et l'échelle sont adéquates, puisqu'elles permettent d'obtenir des moyennes diversifiées ainsi qu'une variance adéquate pour les différents objets d'investissement. En ce qui concerne la consistance interne, l'alpha de Cronbach pour l'ensemble des 52 items est de $\alpha=0,98$ et la corrélation moyenne entre les items est de $r=.50$. Ce résultat représentant l'ensemble des objets d'investissement permet de constater que le questionnaire obtient une bonne cohérence interne.

Les corrélations bivariées entre un résultat représentant l'ensemble des objets d'investissement et les autres variables à l'étude sont les suivantes : engagement affectif ($r= .40$, $p<.01$) ; engagement de continuité sacrifice perçu ($r= .19$, n.s.) ; engagement de continuité manque d'alternatives ($r= -.15$, n.s.) ; engagement normatif ($r= .24$, n.s.) ; santé psychologique ($r=.43$, $p<.01$), bien-être psychologique ($r= .50$, $p<.01$) ; détresse psychologique ($r= -.28$, $p<.058$) et intention de quitter l'unité de soins ($r= -.38$, $p<.01$). Ces résultats font ressortir des liens significatifs entre les objets d'investissement et certaines variables à l'étude, ce qui indique que le questionnaire semble posséder une bonne validité critériée : liens positifs avec l'engagement affectif

et le bien-être psychologique, liens négatifs avec la détresse psychologique et l'intention de départ.

À partir de ces résultats préliminaires, il semble plausible de croire que le questionnaire sur les objets d'investissement possède les propriétés psychométriques requises pour effectuer une validation auprès d'un échantillon représentatif d'infirmières.

2.3 Discussion

En somme, des techniques ainsi que des méthodes de collecte (Patton, 1987 ; 2002) et d'analyse de données rigoureuses (Huberman et Miles, 1991 ; Van der Maaren, 1996) ont été employées au cours de cette étude afin d'assurer la crédibilité de cette dernière. Il ressort de l'analyse qualitative que les résultats obtenus par la chercheuse principale concordent avec ceux de la vérificatrice externe et ce, tant pour le contre-codage (accord inter-juge de 85,1%) que pour le codage inverse (accord inter-juge de 81,3%).

Les résultats de l'analyse qualitative mettent en lumière les différents facteurs d'investissement qui se rapportent aux infirmières du Réseau québécois de la santé. En outre, trois facteurs d'investissement décrits dans la documentation (Becker 1960 ; Becker et Strauss, 1956) ressortent des entrevues effectuées avec les infirmières. Plus précisément, un premier type d'investissement qui ressort des analyses est « l'expertise » qui réfère aux connaissances, aux habiletés et à l'expertise globale de l'infirmière. Un deuxième type d'investissement, les « conditions de travail » réfèrent notamment à l'horaire, aux vacances et au type d'emploi (ex. temps complet ou partiel). Les relations sociales, le troisième type d'investissement, se rapporte aux relations que l'infirmière entretient avec son superviseur, ses collègues, son équipe et ses patients.

Les analyses font également ressortir deux facteurs d'investissement qui ne sont pas décrits dans la documentation, soit les « valeurs humaines » et le « travail quotidien ». Il est plausible que lorsque le focus d'analyse est l'unité de soins, certains aspects proximaux au travail de l'infirmière ressortent comme des investissements. En ce sens, le quatrième type d'investissement « valeurs humaines » se rapportent à la reconnaissance, au respect, au sentiment d'utilité et à la qualité des soins donnés aux patients. Le cinquième type nommé « travail quotidien » réfère aux aspects proximaux du travail de l'infirmière, par exemple les tâches quotidiennes, le rythme de travail, les défis et la spécialité dans laquelle l'infirmière travaille.

Il est important de rappeler que les facteurs « présentation de soi », « attentes culturelles généralisées » et « aspects non reliés au travail » ne ressortent pas des analyses effectuées. D'une part, il semble que les investissements relatifs à des aspects normatifs, c'est-à-dire aux pressions de l'entourage et à l'image projetée ne sont pas significatifs pour l'infirmière. Ce résultat peut être expliqué par la différence entre le monde du travail des années '60 et celui d'aujourd'hui. Au cours des années '60, il était fréquent d'occuper un emploi durant des dizaines d'années et le fait de changer d'emploi pouvait être mal perçu (Becker, 1960) par la société. Toutefois, la situation actuelle est bien différente. Les gens changent fréquemment d'emploi et la notion de contrat psychologique entre l'employé et l'employeur est modifiée (Rousseau, 1998 ; Howard, 1995). Désormais la norme sociale incite les gens à être mobile, et ce dans le but de permettre à l'individu d'évoluer. Ainsi, il est plausible que les aspects normatifs n'aient pas le même impact sur l'évaluation des coûts/ bénéfices de l'individu qui évolue dans la société des années 2000. D'autre part, le niveau d'analyse de la présente étude se situant au niveau de l'unité de soins, aucun élément relatif aux aspects extérieurs du travail ne ressort.

L'analyse qualitative effectuée a permis la création d'un questionnaire sur les objets d'investissement qui comporte 52 items. Les pré-tests un et deux ont permis de réviser le questionnaire créé et ainsi d'adopter une consigne qui permet de savoir si l'investissement est présent et s'il est important pour l'infirmière. Par la suite, la pré-expérimentation a permis de tester la version révisée du questionnaire. Les résultats montrent que la consigne, l'échelle ainsi que les items de la version révisée sont clairs, concis et pertinents. De plus, les analyses fournissent des résultats intéressants quant à la fidélité et à la validité critériée du questionnaire.

2.4 Conclusion

L'analyse du contenu des entrevues menées auprès d'infirmières ayant permis de faire ressortir les différents facteurs d'investissement et de créer un questionnaire, le chapitre trois porte sur la validation de l'instrument de mesure créé et sur la validation d'un modèle théorique des investissements, et ce auprès d'un échantillon représentatif d'infirmières du Réseau québécois de la santé. Cette étude permettra de vérifier plus avant les propriétés psychométriques du questionnaire, d'établir avec plus de certitude les liens existants avec l'engagement envers l'unité de soins, l'intention de départ et la santé psychologique des infirmières par le biais d'une modélisation par équations structurales.

Chapitre 3 : La mesure des investissements

Ce chapitre a pour objectif d'effectuer la validation de l'instrument de mesure des investissements créé dans le cadre de cette recherche et de valider un modèle théorique des investissements qui traite de liens entre les investissements, l'engagement, l'intention de départ et la santé psychologique des infirmières. Plus précisément, ce chapitre est divisé en trois sections, soit la méthodologie, les résultats et la discussion.

3.1 Méthodologie

3.1.1 Échantillon

La présente recherche se déroule en milieu organisationnel, et plus spécifiquement elle est effectuée auprès d'infirmières et d'infirmières auxiliaires du réseau de la santé québécois. Afin d'évaluer adéquatement les objets d'investissement de ces infirmières, certains critères doivent être respectés. Les infirmières doivent travailler au moins vingt heures par semaine dans une seule et même unité de soins. De plus, les infirmières qui travaillent dans deux milieux doivent répondre au questionnaire en fonction du milieu dans lequel elles passent la majeure partie de leur temps de travail. Ces critères visent à s'assurer que l'infirmière passe assez de temps par semaine dans l'unité de soins pour qu'elle y ait effectué des investissements.

L'échantillon est constitué de 334 infirmières et infirmières auxiliaires provenant de différents établissements du Réseau québécois de la santé (CH, CLSC, CHSLD). En moyenne, les participants ont 41,53 ans (é.t.=10,34), 18,34 ans (é.t.=10,89) d'ancienneté comme infirmière, 13,15 ans (é.t.=9,61) d'ancienneté dans l'établissement et 7,68 ans (é.t.=7,46) d'ancienneté dans leur unité de soins. L'échantillon est composé à 91,5% de femmes et le taux de participation est de 29,96%.

3.1.2 Procédure

Lors de cette étude, les données ont été recueillies par le biais de questionnaires. L'administration des questionnaires a été effectuée par un agent interne de chacun des établissements (responsable du projet), soit le coordonnateur de l'enseignement et de la recherche ou le directeur des soins infirmiers. Chaque infirmière a reçu une enveloppe qui contient une lettre de description du projet de recherche, deux exemplaires du formulaire de consentement (une copie à signer et à retourner et l'autre copie à conserver) ainsi que le questionnaire. Elles ont retourné les documents (formulaire de consentement signé et questionnaire) dans une enveloppe scellée à l'agent interne de l'établissement qui est responsable du projet. Ce dernier a remis les enveloppes scellées à la chercheuse principale.

Afin de remercier les directions des établissements de santé de leur implication dans le projet de recherche, un rapport détaillé des résultats globaux de l'ensemble des infirmières de l'établissement a été remis. Ce rapport fournit des résultats généraux relatifs aux investissements, à l'engagement envers l'unité de soins, à l'intention de départ et à la santé psychologique des infirmières. Il est à noter que les réponses individuelles de chaque infirmière demeurent anonymes.

3.1.3 Mesures

Les données sont recueillies par le biais d'un questionnaire destiné aux infirmières et aux infirmières auxiliaires d'établissements du Réseau québécois de la santé. Ce questionnaire comprend quatre sections, soit les investissements, l'engagement envers l'unité de soins, l'intention de départ et la santé psychologique. Une présentation détaillée des instruments de mesure de ces différentes variables est présentée au chapitre 2 section 2.2.3.2.

3.2 Analyse des résultats

3.2.1 Analyses en composantes principales et analyses factorielles confirmatoires

Investissements

Une analyse par composantes principales exploratoire est effectuée afin de vérifier l'hypothèse 1 qui soutient que le concept d'investissement est un construit multidimensionnel qui comporte six facteurs. Les résultats fournissent un appui partiel à l'hypothèse 1 et montrent que le construit est bel et bien multidimensionnel. Toutefois plusieurs facteurs d'investissement qui ressortent de l'analyse sont différents de ceux postulés dans l'hypothèse 1.

De manière plus spécifique, les 52 items sont soumis à une analyse par composantes principales avec rotation oblimin grâce au logiciel SPSS 13.0. L'indice Keiser-Meyer Olkin (KMO) de .97 met en évidence le fait que les données se prêtent bien à l'analyse. Sept facteurs d'investissement, qui obtiennent une bonne consistance interne et qui sont bien définis par les variables, sont extraits. De plus, les communautés sont adéquates pour tous les items conservés ($h^2 > .20$). Les items 9, 14, 39, 41 et 42 sont retirés, puisqu'ils obtiennent un poids de saturation sur plusieurs facteurs. Plus précisément, la différence entre le poids de saturation de ces items sur les facteurs est de moins de .10. Les poids de saturation des items sur les facteurs, les communautés, le pourcentage de variance et de covariance sont présentés au tableau 2. Il est toutefois important de noter que le premier facteur explique à lui seul 54,65% de la variance totale des facteurs, ce qui est logique puisque ce facteur est principalement couvert par des saturations élevées des items relatifs aux patients. Également, les résultats indiquent que certains facteurs ressortent tel que prédit, soit « l'expertise » ($\alpha = .96$), « les conditions de travail » ($\alpha = .92$) et « le travail quotidien » ($\alpha = .92$). Toutefois, certains facteurs qui émergent de l'analyse ne correspondent pas aux facteurs inclus dans l'hypothèse de départ. Plus

précisément, le facteur hypothétique « relations sociales » ressort en trois facteurs, soit « service au patient » ($\alpha=.97$), « reconnaissance du superviseur » ($\alpha=.92$) et « relations avec les collègues » (.95). Aussi, un septième facteur, nommé « avantages liés à l'ancienneté » ($\alpha=.77$), s'ajoute dans cette analyse.

Tableau 2 : Analyse par composantes principales avec rotation obliquin sur les items d'investissement se rapportant aux facteurs suivants : service au patient, reconnaissance du superviseur, relation avec les collègues, conditions de travail, travail quotidien, avantages liés à l'ancienneté, expertise

Facteurs	Facteurs							h ²
	I	II	III	IV	V	VI	VII	
I. Service au patient								
25	.73	.02	-.12	.08	.05	.12	.10	.87
26	.64	-.04	-.11	-.00	-.01	.17	.27	.77
27	.67	-.02	-.13	.15	.08	.04	.16	.90
28	.64	-.02	-.16	.09	.17	.02	.15	.87
29	.68	.03	-.12	.12	.08	.02	.17	.93
30	.59	.06	-.03	.12	.15	.06	.16	.72
II. Reconnaissance du superviseur								
21	-.02	.85	-.04	.09	.01	-.01	.03	.84
22	-.05	.88	-.06	.02	.00	.03	.06	.89
23	-.18	.84	.01	-.02	.04	.11	.10	.80
III. Relations avec les collègues								
10	.16	.03	-.75	.13	-.01	-.06	.00	.77
11	.23	.14	-.61	.08	-.06	-.08	.14	.78
12	.12	.01	-.69	.13	.20	-.06	-.06	.75
13	.15	.23	-.54	.15	.17	-.03	-.09	.72
15	.12	.26	-.42	.04	.02	.04	.22	.69
16	.13	.28	-.62	.05	.07	-.09	.00	.76
17	.10	.25	-.52	.12	.04	.02	.12	.77
18	.26	.22	-.47	.13	.04	-.03	.14	.83
IV. Conditions de travail								
19	.19	.18	-.44	.19	.06	.01	.14	.78
20	-.28	-.11	-.86	-.11	-.07	.19	.10	.72
1	.01	.09	-.01	.67	.08	-.02	.11	.65
2	-.12	.01	.02	.82	.06	.07	.05	.68
3	.09	.11	-.01	.75	.03	-.07	.02	.74
4	.06	.02	-.15	.63	.02	.01	.10	.67
5	.20	.07	-.08	.67	.06	.01	-.01	.77
6	-.04	-.03	-.05	.81	-.02	.20	-.00	.70

Tableau 2 (suite): Analyse par composantes principales avec rotation oblique sur les items d'investissement se rapportant aux facteurs suivants: service au patient, reconnaissance du superviseur, relation avec les collègues, conditions de travail, travail quotidien, avantages liés à l'ancienneté, expertise

	Facteurs							h ²
	I	II	III	IV	V	VI	VII	
V.Travail quotidien	31 .10 32 -.11 33 .23 34 .29 35 .29 36 .16 37 .11 43 .03	.12 .08 .30 .26 .06 .08 -.07 -.06	.04 .04 -.23 -.05 .00 -.16 -.22 -.04	.13 .03 -.05 -.09 .15 .08 .18 .27	.42 .84 .45 .43 .46 .63 .47 .47	.05 -.03 .09 .23 .15 .04 -.04 -.04	.31 -.00 -.03 .02 .08 -.00 .22 .19	.69 .69 .76 .71 .68 .77 .72 .55
VI. Avantages liés à l'ancienneté	7 .10 8 .20 24 -.39 38 .18	.09 .16 -.04 .17	.00 .02 -.14 -.03	.24 .27 -.10 -.29	-.15 -.04 .32 .20	.81 .73 .55 .43	.04 -.07 .09 .14	.80 .79 .61 .49
VII. Expertise	40 .26 44 -.00 45 .29 46 .37 47 .30 48 .29 49 .03 50 .16 51 .06 52 -.06	.16 .21 -.02 -.03 .02 .03 -.06 .07 .13 .16	.00 -.02 -.05 -.03 -.01 -.04 -.09 -.02 -.10 -.03	.05 .10 .23 .23 .24 .25 .07 .21 .06 -.08	.22 .11 .19 .13 .15 .14 .15 .12 -.07 -.10	.04 .08 -.06 -.05 -.04 .0 .02 -.01 -.04 .08	.40 .54 .47 .47 .50 .44 .66 .57 .73 .87	.72 .68 .86 .89 .88 .86 .66 .82 .76 .80
Valeur propre	25,68	2,91	1,91	1,63	1,27	1,13	1,02	
% de variance expliquée	54,65%	6,19%	4,06%	3,47%	2,70%	2,40%	2,16%	
N=334								

Santé psychologique

Une analyse exploratoire est effectuée afin de déterminer la structure du concept de santé psychologique. Une analyse par composantes principales avec rotation oblique est réalisée sur les 48 items de santé psychologique grâce au logiciel SPSS 13.0. L'indice Keiser-Meyer Olkin (KMO) de .96 montre que les données se prêtent bien à l'analyse. Deux facteurs de santé psychologique, qui obtiennent une bonne consistance interne et qui sont bien définis par les variables, sont extraits. De plus, les communautés sont adéquates pour tous les items conservés ($h^2 > .20$). L'item 15 est retiré, puisqu'il obtient un poids de saturation sur les deux facteurs. Plus précisément, la différence entre le poids de saturation de cet item sur les facteurs est de moins de .10. Les poids de saturation des items sur les facteurs, les communautés, le pourcentage de variance et de covariance sont présentés au tableau 3. Les deux facteurs de bien-être psychologique ($\alpha=.95$) et de détresse psychologique ($\alpha=.96$) sont par la suite combinés pour former deux indicateurs d'un facteur de deuxième ordre, soit la santé psychologique globale de l'individu. Pour ce faire, les items du facteur de détresse psychologique sont recodés, afin que l'échelle mesure la santé positivement, comme celle de bien-être psychologique. La corrélation entre ces deux indicateurs agrégés est de $r=.74$ ($p<.01$), ce qui indique qu'ils contribuent bien à définir un concept plus global de santé psychologique. Le concept de santé psychologique est utilisé par la suite pour effectuer les analyses ultérieures, notamment les analyses descriptives ainsi que la modélisation par équations structurelles.

Tableau 3 : Analyse par composantes principales avec rotation oblique sur les items de santé psychologique se rapportant aux facteurs suivants : détresse psychologique et bien-être psychologique

Facteurs	Items	Facteurs		h ²	
		I	II		
I. Détresse psychologique	26	J'ai eu l'impression d'avoir gâché ma vie	.70	-.05	.45
	27	J'ai été agressive pour tout et pour rien	.62	.09	.46
	28	J'ai eu tendance à m'isoler, à me couper du monde	.68	.08	.54
	29	J'ai eu de la difficulté à faire face à mes problèmes	.60	.19	.54
	30	J'étais facilement irritable, je réagissais plutôt mal, avec colère, aux commentaires qu'on me faisait	.73	.05	.58
	31	Je n'avais plus le goût de faire quoi que ce soit	.77	.06	.66
	32	Je me suis dévalorisée, je me suis diminuée	.79	.01	.64
	33	J'ai été en conflit avec mon entourage	.73	-.11	.44
	34	J'ai eu envie de tout lâcher, de tout abandonner	.83	-.02	.67
	35	Je me suis sentie triste	.82	.01	.68
	36	J'ai eu l'impression que personne ne m'aimait	.81	-.08	.57
	37	J'ai été arrogante et même « bête » avec le monde	.71	-.12	.41
	38	J'ai manqué de confiance en moi	.70	.03	.52
	39	Je me suis sentie préoccupée, anxieuse	.78	.03	.64
	40	J'ai perdu patience	.67	.04	.48
	41	Je me suis sentie déprimée, ou « down »	.79	.10	.73
	42	J'ai manqué d'initiative en général, j'ai été moins fonceuse	.64	.13	.53
	43	J'ai eu le sentiment d'être inutile	.57	.05	.36
	44	Je me suis sentie désintéressée par les choses qui habituellement m'intéressent	.70	.10	.59
	45	Je me suis sentie mal dans ma peau	.84	.03	.73
	46	Je me suis sentie stressée, sous pression	.69	-.00	.47
	47	J'ai eu tendance à être moins réceptive aux idées ou aux opinions des autres	.64	.10	.50
	48	J'ai eu des difficultés à me concentrer sur quoi que ce soit	.73	.06	.59

Tableau 3 (suite) : Analyse par composantes principales avec rotation oblique sur les items de santé psychologique se rapportant aux facteurs suivants : détresse psychologique et bien-être psychologique

Facteurs	Items	Facteurs		h ²
		I	II	
II. Bien-être psychologique	1 Je me suis sentie en confiance	.18	.41	.30
	2 J'étais satisfaite de mes réalisations, j'étais fière de moi	-.04	.68	.44
	3 J'ai été fonceuse, j'ai entrepris plein de choses	-.15	.71	.39
	4 Je me suis sentie équilibrée émotionnellement	.18	.61	.55
	5 Je me suis sentie aimée et appréciée	.08	.52	.33
	6 J'avais des buts, des ambitions	-.10	.67	.38
	7 J'ai eu le goût de m'amuser, de faire du sport, de pratiquer mes loisirs et activités préférés	.02	.62	.40
	8 Je me suis sentie utile	-.07	.73	.47
	9 J'avais facilement un beau sourire	-.01	.72	.50
	10 J'ai été égale à moi-même, naturelle en toutes circonstances	.04	.72	.55
	11 J'avais une bonne écoute pour mes amis	-.01	.69	.46
	12 J'étais curieuse, je m'intéressais à toutes sortes de choses	-.16	.85	.57
	13 J'ai pu faire la part des choses lorsque confrontée à des situations complexes	-.05	.71	.46
	14 J'ai trouvé la vie excitante et j'ai eu envie d'en profiter	.16	.68	.62
	16 J'étais plutôt calme, posée	.22	.50	.44
	17 J'ai facilement trouvé des solutions à mes problèmes	.14	.64	.55
	18 J'ai été en bons termes avec mon entourage	.13	.55	.40
	19 J'ai vécu avec modération, en évitant de tomber dans les excès	.07	.46	.26
	20 J'ai eu l'impression de vraiment jouir de la vie	.21	.63	.61
	21 J'avais beaucoup d'humour, je faisais facilement rire mes amis	.01	.69	.47
	22 J'étais bien dans ma peau, en paix avec moi-même	.30	.58	.65
	23 Je me suis sentie en santé, en pleine forme	.25	.58	.58
	24 J'ai su affronter positivement des situations difficiles	.12	.71	.63
	25 J'avais un bon moral	.30	.61	.69
	Valeur propre		20.88	3.56
Pourcentage de variance expliquée		44.43 %	7.57%	

N=334

Engagement envers l'unité de soins

Une analyse factorielle confirmatoire est réalisée grâce au logiciel LISREL 8.72 sur les quatre dimensions de l'engagement envers l'unité de soins. Le modèle hypothétique comprend quatre facteurs d'engagement, soit l'engagement affectif, l'engagement normatif, l'engagement de continuité (sacrifice perçu) et l'engagement de continuité (manque d'alternatives). Les données sont analysées par la méthode d'estimation du maximum de vraisemblance via LISREL (Schumacker et Lomax, 2004).

Une analyse factorielle confirmatoire de plusieurs modèles est effectuée. Plusieurs indices, présentés au tableau 4, ont été consultés afin de vérifier si les modèles testés s'ajustent aux données : le test du khi-carré, le CFI, NNFI, RMSEA, le SRMR. De manière générale, lorsqu'un modèle s'ajuste aux données, le chi-carré est non significatif, le CFI et le NNFI sont supérieurs à 0.90 alors que le RMSEA et le SRMR sont inférieurs 0.08. Il est à noter qu'il arrive peu fréquemment que le chi-carré soit non significatif, cet indice est donc peu utilisé pour définir si le modèle s'ajuste de manière adéquate aux données (Bentler et Bonett, 1980). Une première analyse rapporte que le modèle à 4 facteurs comprenant tous les items obtient des indices raisonnablement bons. Ce modèle obtient une valeur de chi-carré significative, ce qui est attendu, mais le RMSEA et le SRMR obtiennent des valeurs supérieures au seuil de .08, ce qui ne permet pas au modèle de rencontrer les normes d'ajustement. D'autre part, le CFI et le NNFI sont supérieurs à .90, ce qui est acceptable. L'analyse de la solution complètement standardisée démontre que les poids de saturation des items 21 (.28) et 23 (.16) sont plus faibles que ceux des autres items. Une deuxième analyse est donc effectuée en retirant ces deux items (21 et 23). Le modèle à 4 facteurs ainsi obtenu (sans les items 21 et 23) a des indices d'ajustement acceptables, ces derniers (CFI et NNFI) dépassant le seuil recommandé de .90 (Hu et Bentler, 1999 ; Medsker, Williams

et Holahan, 1994). De plus, la valeur du RMSEA est inférieure au seuil de .08 alors que la valeur du SRMR est équivalente au seuil recommandé de .08 (Hu et Bentler, 1999).

À titre de comparaison, nous avons conduit des analyses confirmatoires sur des représentations plus parcimonieuses du modèle des facteurs d'engagement. Une première analyse de modèle alternatif est effectuée sur le modèle à 3 facteurs qui combine les dimensions engagement affectif et engagement normatif. Ce modèle obtient des valeurs d'ajustement peu acceptables. Le chi carré est significatif, le CFI et NNFI ont des valeurs inférieures au seuil établi de .90. Le RMSEA et le SRMR obtiennent des valeur supérieures au seuil de .08, ce qui n'est pas acceptable. Le test de différence de chi-carré (Bentler et Bonett, 1980) effectué entre le modèle à 4 facteurs et le modèle à 3 facteurs (affectif et normatif combiné) est significatif, ce qui indique que le modèle à 4 facteurs a un meilleur ajustement aux données que le modèle à 3 facteurs (affectif et normatif combiné). Une deuxième analyse met en évidence que le modèle à trois facteurs qui combine les dimensions engagement de continuité (sacrifice perçu) et engagement de continuité (manque d'alternatives) n'est pas adéquat : chi carré significatif, valeurs du CFI et NNFI inférieures au seuil de .90, valeurs de RMSEA et SRMR non adéquates. Une troisième analyse indique que le modèle à 3 facteurs qui combine les dimensions engagement affectif et engagement de continuité (sacrifice perçu) s'ajuste mal aux données. Ce modèle obtient les valeurs suivantes : chi carré significatif, valeurs de CFI et NNFI au-dessus du seuil de .90. Par contre, les valeurs de RMSEA et SRMR supérieures au seuil établi de .08, ce qui est peu adéquat. Une quatrième analyse fait ressortir que le modèle à 2 facteurs (affectif et normatif combinés dans le même facteur ; continuité) n'est pas adéquat : chi carré significatif, valeurs du CFI et NNFi inférieures au seuil de .90, valeurs de RMSEA et SRMR inadéquates. Une cinquième analyse de modèle alternatif indique que le modèle à 1

facteur est aussi significativement moins bon que le modèle à 4 facteurs : le chi carré est significatif, le CFI et NNFI sont inférieurs au seuil établi .90 (ce qui est peu acceptable) et le RMSEA et le SRMR sont supérieurs au seuil établi de .08. Les poids de saturation des items du modèle à 4 facteurs (21 items) de l'engagement envers l'unité de soins sont présentés dans le tableau 4.

Tableau 4 : Indices d'ajustement pour le modèle factoriel d'engagement envers l'unité de soins (21 items)

Modèle	d.l.	X ²	CFI	NNFI	RMSEA	SRMR	ΔX ²
Modèle à 4 facteurs	183	538.90***	.94	.90	.078	.08	----
Modèle à 3 facteurs : Combine affectif et normatif	186	1112.24***	.85	.83	.15	.13	573.34***
Modèle à 3 facteurs : Combine sacrifice perçu et manque d'alternatives	186	1033.61***	.86	.84	.14	.13	494.71***
Modèle à 3 facteurs : Combine affectif et sacrifice perçu	186	630.92***	.93	.92	.086	.085	92.02***
Modèle à 2 facteurs : combine affectif et normatif dans le même facteur vs. Continuité	188	1591.67***	.77	.74	.19	.16	1052.77***
Modèle à 1 facteur	189	1676.25***	.76	.73	.20	.16	1137.35***

Note : d.l., degré de liberté ; X², chi-carré; CFI, comparative fit index ; NNFI, non-normed fit index ; RMSEA, root-mean-square error of approximation; SRMR, standardized root-mean-square residual; ΔX², tests de différence de chi-carré entre d'une part le modèle à 4 facteurs et les autres modèles testés.
*p<.05 ; ***p<.001

Tableau 5 : Analyse factorielle confirmatoire à 4 facteurs oblique sur les items d'engagement se rapportant aux facteurs suivants : engagement affectif, engagement normatif, engagement de continuité (sacrifice perçu), engagement de continuité (manque d'alternatives)

Facteurs	Items	Facteurs			
		I	II	III	IV
I. Engagement affectif	1 J'éprouve vraiment un sentiment d'appartenance à mon unité de soins	.73			
	5 Mon unité de soins représente beaucoup pour moi	.86			
	9 Je suis fier de appartenir à cette unité de soins	.80			
	13 Je me sens affectivement attachée à mon unité de soins	.85			
	17 J'ai vraiment le sentiment de « faire partie de la famille » dans mon unité de soins	.76			
II. Engagement normatif	2 Il ne serait pas moralement correct de quitter mon unité de soins maintenant		.68		
	6 Il ne serait pas correct de quitter maintenant mon unité de soins, même si j'y trouvais avantage		.69		
	10 J'estime que je serais coupable si je quittais maintenant mon unité de soins		.72		
	14 Je trahirais la confiance que l'on me fait si je quittais maintenant mon unité de soins		.76		
	18 Si on m'offrait un poste dans une autre unité de soins, je ne trouverais pas correct de quitter mon unité de soins actuelle		.71		
	22 Je ne quitterais pas mon unité de soins maintenant parce que j'estime avoir des obligations envers certaines personnes qui y travaillent		.67		
III. Engagement de continuité (sacrifice perçu)	3 Je continue de travailler pour mon unité de soins actuelle parce que j'en retire de nombreux bénéfices			.79	
	7 Je continue de travailler pour mon unité de soins actuelle parce que j'y vois beaucoup plus d'avantages que d'inconvénients			.75	
	11 Je continue de travailler pour cette unité de soins parce qu'une autre unité de soins ne pourrait pas m'offrir les mêmes avantages			.39	
	15 Je continue de travailler dans cette unité de soins parce que j'y ai beaucoup investi			.44	
	19 Continuer de travailler au sein de mon unité de soins actuelle me permet de conserver mes acquis			.46	
IV. Engagement de continuité (manque d'alternatives)	4 Je n'ai pas d'autre choix que de rester dans mon unité de soins actuelle				.68
	8 Je reste dans mon unité de soins actuelle parce que je ne vois pas où je pourrais aller ailleurs				.80
	12 Je continue de travailler pour mon unité de soins actuelle parce que j'estime que mes possibilités de travailler ailleurs sont trop limitées				.63
	16 Je continue de travailler pour mon unité de soins actuelle parce que j'ai peu de perspectives d'emploi à l'extérieur				.71
	20 Ce qui me retient dans mon unité de soins actuelle c'est le manque de perspectives intéressantes ailleurs				.62

3.2.2 Analyse préliminaire et descriptive des facteurs

Les analyses exploratoires et confirmatoires ayant été effectuées, l'analyse préliminaire des facteurs montre que le nombre de données manquantes est inférieur à 5%. Ces données manquantes sont remplacées par la moyenne de tous les répondants pour l'item correspondant. Par la suite, la réponse « ne s'applique pas » du questionnaire sur les investissements est transformée en variable manquante afin qu'elle n'ait aucun impact sur l'analyse des données. Également, l'examen préliminaire des données révèle que tous les facteurs mesurés ont une distribution normale (tests de signification du coefficient d'asymétrie (skewness) et de kurtose (Kurtosis)). Cette analyse permet aussi de constater que les postulats multivariés de linéarité et d'homoscédasticité sont respectés.

Le tableau 6 présente les statistiques descriptives (moyennes et écarts-types) ainsi que les coefficients de cohérence interne (alpha de Cronbach) des différentes variables à l'étude. Les corrélations entre les variables se situent entre $-.46 \leq r \leq .84$. L'analyse des coefficients de cohérence interne rapporte que ces derniers se situent entre $.70 \leq \alpha \leq .97$. Ces résultats indiquent que les mesures des différentes variables sont relativement fiables, puisqu'elles sont supérieures ou égales au seuil établi de $\alpha > .70$ (Nunnally, 1978).

Tableau 6

Moyennes (M), écarts facteurs(ÉT), coefficients de cohérence interne^a et coefficients de corrélation

Variables	M	ET	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1. Âge	41.53	10.34																			
2. Genre	1.08	.28	-.07																		
3. Ancienneté comme infirmière	18.34	10.89	.90**	-.11*																	
4. Ancienneté dans l'établissement	13.15	9.61	.66**	-.06*	.72**																
5. Ancienneté dans l'unité de soins	7.68	7.46	.48**	-.08	.52**	.65**															
6. Expertise	4.05	1.08	-.01	-.03	-.11	-.08	-.02	(.96)													
7. Reconnaissance du supérieur	3.57	1.21	.04	-.05	.08	.00	-.00	.59**	(.92)												
8. Relations avec les collègues	3.78	1.04	-.11	-.05	-.09	-.06	.02	.77**	.62**	(.95)											
9. Conditions de travail	4.02	1.16	.04	.06	.03	.08	.17**	.74**	.45**	.66**	(.92)										
10. Travail quotidien	3.72	.96	-.05	-.03	-.05	-.08	.03	.84**	.60**	.74**	.67**	(.92)									
11. Avantages liés à l'ancienneté	3.08	1.02	-.07	-.06	-.04	-.03	-.02	.51**	.54**	.47**	.38**	.56**	(.77)								
12. Service au patient	4.18	1.14	-.03	-.03	-.06	-.09	-.05	.84**	.46**	.74**	.71**	.76**	.42**	(.97)							
13. Investissements	3.77	.90	-.05	-.05	-.05	-.04	.03	.92**	.75**	.87**	.81**	.89**	.67**	.86**	(.92)						
14. EA	3.67	.90	-.03	-.02	-.02	-.07	.06	.19**	.32**	.33**	.12*	.30**	.29**	.14**	.29**	(.90)					
15. EN	2.01	.88	.10	.03	.14*	.06	.05	.02	.14*	.12*	.03	.09	.25**	-.00	.11*	.36**	(.85)				
16. ECS	3.31	.80	.09	-.05	.19**	.08	.19**	.09	.16**	.13*	.05	.28**	.29**	.02	.17**	.57**	.39**	(.70)			
17. ECA	2.00	.92	.27**	.03	.27**	.35**	.20**	-.07	-.17**	-.10	.04	-.12*	-.05	-.10	-.09	-.21**	.11	.02	(.81)		
18. Intention de départ	2.14	.55	-.05	.13*	-.10	-.01	-.09	-.14*	-.29**	-.13*	-.15**	-.22**	-.17**	-.05	-.19**	-.46**	-.16**	-.41**	.18**	(.82)	
19. Santé psychologique	4.05	1.14	-.11*	-.05	-.08	-.12*	.04	.13*	.19**	.16**	.02	.19**	.16**	.09	.16**	.39**	.05	.30**	-.37**	-.42**	(.97)

Note : Les coefficients de cohérence interne (alpha de Cronbach) sont présentés sur la diagonale. EA= engagement affectif, EN= engagement normatif, ECS= engagement de continuité (sacrifice perçu), ECA= engagement de continuité (manque d'alternatives).
*p<.05, **p<.01. N= 334 infirmières

3.2.3 Vérification du modèle des investissements

Des équations structurelles ont été réalisées afin de vérifier un modèle théorique des investissements qui traite des relations entre les investissements, une variable latente qui comporte sept indicateurs (expertise, reconnaissance du superviseur, relations avec les collègues, conditions de travail, travail quotidien, avantages liés à l'ancienneté et service au patient), l'engagement affectif, l'engagement normatif, l'engagement de continuité (sacrifice perçu), l'engagement de continuité (manque d'alternatives), l'intention de départ et la santé psychologique.

La modélisation par équations structurelles est utilisée pour effectuer ces analyses puisqu'elle offre certains avantages par rapport à la méthode de régression proposée par Baron et Kenny (1986). Tout d'abord, cette méthode permet de tester l'ensemble du modèle dans une seule et même analyse. Ensuite, elle permet de tenir compte de l'erreur de mesure des variables. En ce sens, lors de l'analyse, il est possible de prendre en compte la fidélité de la mesure en estimant et en retirant l'erreur de mesure (Tabachnick et Fidell, 2001). De plus, la modélisation par équations structurelles permet de fournir des indices de l'ajustement du modèle proposé. Les analyses sont réalisées grâce au logiciel LISREL 8.72 en utilisant la matrice de covariances. L'évaluation de l'ajustement du modèle aux données est effectuée à partir de plusieurs indices. Les indices CFI et NNFI doivent être supérieurs à .90 afin d'indiquer que le modèle s'ajuste bien aux données (Hu et Bentler, 1999 ; Tabachnick et Fidell, 2001). En ce qui concerne le RMSEA et le SRMR, des valeurs inférieures à .08 laisse voir un ajustement acceptable du modèle (Hu et Bentler, 1999 ; Tabachnick et Fidell, 2001).

La question de recherche 1 cherche à savoir si le modèle théorique des investissements proposé obtient un meilleur ajustement aux données que les modèles alternatifs. Le tableau 7 présente les indices d'ajustement pour le modèle proposé (modèle 1), et pour deux modèles alternatifs (modèle 2 et modèle 3). Le modèle 1 est présenté à la figure 3 et indique que la relation entre, d'une part, les investissements et, d'autre part, l'intention de quitter et la santé psychologique est complètement médiatisée par les dimensions d'engagement. Pour sa part, le modèle 2 reprend les liens du modèle 1 et ajoute un lien direct entre les investissements et la santé psychologique. Le modèle 3 quant à lui, se base sur le modèle 1 et ajoute un lien direct entre les investissements et l'intention de départ. Il est à noter que les paramètres qui relient les indicateurs agrégés à leur variable latente ont été fixés à la racine carrée de l'alpha de Cronbach pour l'engagement affectif, l'engagement normatif, l'engagement de continuité (sacrifice perçu), l'engagement de continuité (manque d'alternatives), l'intention de quitter et la santé psychologique (Schumacker et Lomax, 2004).

Le modèle 1 obtient des indices d'ajustement relativement bons, les indices CFI, NNFI et SRMR rencontrent les normes d'ajustement, mais la valeur du RMSEA est plus élevée que .08. Pour sa part, le modèle 2 (ajout d'un lien entre investissement et santé psychologique) obtient des indices plutôt acceptables : chi-carré significatif, valeurs de CFI et NNFI supérieures ou égales au seuil de .90, valeur de RMSEA supérieure à .08 et valeur de SRMR inférieure au seuil de .08. Les indices d'ajustement du modèle 3 (ajout d'un lien entre investissement et intention de départ) sont plutôt acceptables: chi-carré significatif, valeurs de CFI et NNFI supérieures ou égales au seuil de .90, valeur de RMSEA supérieure à .08 et valeur de SRMR inférieure au seuil de .80. Le test de la différence des chi-carrés indique que le fait d'ajouter un lien entre les investissements et la santé psychologique (modèle 2) n'augmente pas de manière

significative l'ajustement du modèle. Également, le fait d'ajouter un lien entre les investissements et l'intention de départ (modèle 3) n'augmente pas l'ajustement du modèle de manière significative. Ces résultats mettent en évidence que le modèle théorique de médiation complète (modèle 1) obtient un meilleur ajustement aux données que les autres modèles auquel il est comparé. Le modèle 1 de médiation complète est donc retenu. Les valeurs standardisées des paramètres structuraux de ce modèle sont présentées à la Figure 3.

Tableau 7 : Indices d'ajustement des modèles structuraux

Modèle	d.l.	X^2	CFI	NNFI	RMSEA	SRMR	ΔX^2
Modèle 1 (proposé)	53	278.17***	.94	.91	.12	.066	---
Modèle 2 : ajout d'un lien Inv et San	52	278.17***	.94	.90	.12	.066	.00
Modèle 3 : ajout d'un lien Inv et Int	52	277.70***	.94	.90	.12	.066	.47

Note : d.l., degré de liberté ; X^2 , chi-carré; CFI, comparative fit index ; NNFI, non-normed fit index ; RMSEA, root-mean-square error of approximation; SRMR, standardized root-mean-square residual; ΔX^2 , tests de différence de chi-carré entre d'une part le modèle 1 et d'autre part le modèle 2 et 3.
* $p < .05$; *** $p < .001$

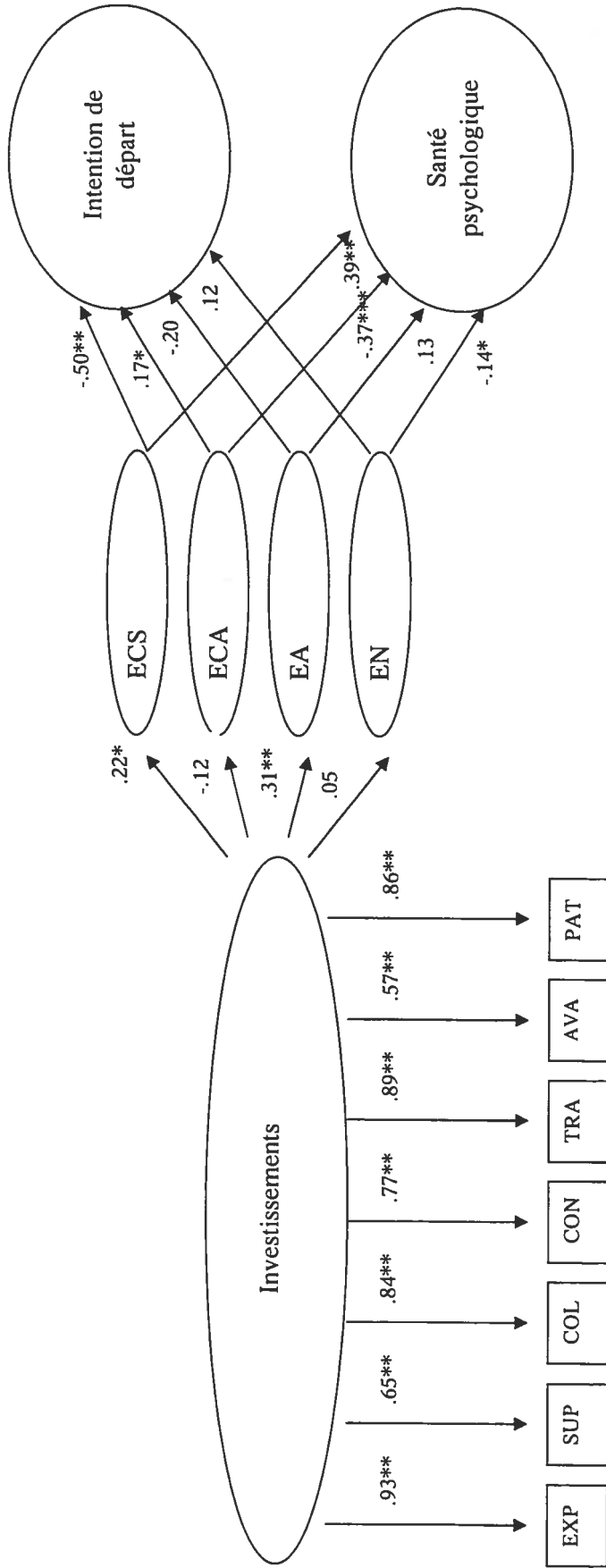


Figure 3. Paramètres complètement standardisés du modèle de médiation complète.
 *p<.05, ** p<.01

3.2.4 Liens spécifiques entre les variables du modèle

Liens investissements et engagement

La modélisation par équations structurales confirme l'hypothèse 2, qui prévoyait des liens significatifs positifs entre les investissements et l'engagement de continuité (sacrifice perçu) ($\beta=.22$, $p<.05$). Les analyses corrélationnelles montrent que les investissements sont liés positivement à l'engagement de continuité (sacrifice perçu) ($r=.17$, $p<.01$). De manière détaillée, seuls quatre facteurs d'investissement sur sept obtiennent une corrélation positive significative faible avec l'engagement de continuité (sacrifice perçu), soit: reconnaissance du superviseur ($r=.16$, $p<.01$), relations avec les collègues ($r=.13$, $p<.05$), travail quotidien ($r=.28$, $p<.01$) et avantages liés à l'ancienneté ($r=.29$, $p<.01$). De plus, force est de constater que tous les facteurs d'investissement sont corrélés plus fortement avec l'engagement affectif qu'ils ne le sont avec l'engagement de continuité (sacrifice perçu): expertise ($r=.19$, $p<.01$), reconnaissance du superviseur ($r=.32$, $p<.01$), relations avec les collègues ($r=.33$, $p<.01$), conditions de travail ($r=.12$, $p<.05$), travail quotidien ($r=.30$, $p<.01$), avantages liés à l'ancienneté ($r=.29$, $p<.01$), service au patients ($r=.14$, $p<.01$).

L'hypothèse 3, qui anticipait des corrélations significatives négatives entre les investissements et l'engagement de continuité (manque d'alternatives) n'est pas confirmée par la modélisation par équations structurales ($\beta=-.12$, $p>.05$) ni par les analyses corrélationnelles ($r=-.09$, $p>.05$). De plus, des résultats similaires ressortent des analyses corrélationnelles pour ce qui est des différents facteurs d'investissement. Seuls deux facteurs d'investissement entretiennent des liens faibles et négatifs avec l'engagement de continuité (manque d'alternative) : connaissance du superviseur ($r=-.17$, $p<.01$) et travail quotidien ($r=-.12$, $p<.05$).

L'hypothèse 4 avançait que les investissements seraient positivement liés à l'engagement affectif, ce qui est confirmé par les résultats de la modélisation par équations structurales ($\beta=.31$, $p<.01$). De la même manière, les résultats des analyses corrélationnelles indiquent que le construit d'investissement ($r=.29$, $p<.01$) ainsi que tous les facteurs d'investissement sont liés à l'engagement affectif. De manière spécifique, les résultats sont les suivants: expertise ($r=.19$, $p<.01$), reconnaissance du superviseur ($r=.32$, $p<.01$), relations avec les collègues ($r=.33$, $p<.01$), conditions de travail ($r=.12$, $p<.05$), travail quotidien ($r=.30$, $p<.01$), avantages liés à l'ancienneté ($r=.29$, $p<.01$), service au patient ($r=.14$, $p<.01$).

Les résultats de la modélisation par équations structurales indiquent que l'hypothèse 5, prédisant que les d'investissement seraient liés positivement à l'engagement normatif, est infirmée ($\beta=.05$, $p>.05$). En ce qui a trait aux analyses corrélationnelles, la variable latente d'investissement entretient des liens positifs faibles ($r=.11$, $p<.05$) et seulement trois des facteurs d'investissement entretiennent une relation positive significative avec l'engagement normatif, soit reconnaissance du superviseur ($r=.14$, $p<.05$), relations avec les collègues ($r=.12$, $p<.05$), avantages liés à l'ancienneté ($r=.25$, $p<.01$).

Lien investissements et intention de départ

L'hypothèse 6, qui prévoyait que les investissements seraient liés négativement à l'intention de départ est partiellement confirmée. Les analyses corrélationnelles montrent que la variable latente d'investissement ($r=-.19$, $p<.01$) ainsi que six facteurs d'investissement sur sept ont une corrélation négative et significative faible avec l'intention de départ, soit expertise ($r=-.14$, $p<.05$), reconnaissance du superviseur ($r=-.29$, $p<.01$), relations avec les collègues ($r=-.13$, $p<.05$), conditions de travail ($r=-.15$, $p<.01$), travail quotidien ($r=-.22$, $p<.01$) et avantages liés à l'ancienneté ($r=-.17$,

$p < .01$). Il est à noter que le lien entre les investissements et l'intention de départ n'est pas estimé dans le modèle par équations structurelles puisqu'il est totalement médiatisé par d'autres variables.

Lien investissements et santé psychologique

La question de recherche 2 réfère aux liens qui existent entre les investissements et la santé psychologique. Les résultats des analyses corrélationnelles indiquent que la variable latente d'investissement ($r = .16$, $p < .01$) ainsi que cinq facteurs d'investissement ont une corrélation positive mais faible avec la santé psychologique. Plus précisément, les facteurs expertise ($r = .13$, $p < .05$), reconnaissance du superviseur ($r = .19$, $p < .01$), relations avec les collègues ($r = .16$, $p < .01$), travail quotidien ($r = .19$, $p < .01$) et avantages liés à l'ancienneté ($r = .16$, $p < .01$) sont liés significativement à la santé psychologique de l'infirmière. Il est important de noter que le lien entre les investissements et la santé psychologique n'est pas estimé dans le modèle par équations structurelles puisqu'il est totalement médiatisé par d'autres variables.

3.2.5 Liens de médiation

Afin de pouvoir conclure à un effet de médiation complète, il importe d'obtenir un effet direct entre les investissements et les variables résultantes (intention de départ et santé psychologique), ainsi qu'un effet direct entre les dimensions de l'engagement et les variables résultantes. De surcroît, lorsque l'effet de médiation est testé (médiation complète), il est important que l'effet direct entre les investissements et les variables résultantes (intention de départ et santé psychologique) diminue (médiation partielle) ou disparaisse complètement (médiation complète) (MacKinnon, Lockwood, Hoffman, West et Sheets, 2002). Ces effets indirects sont décrits de manière détaillée dans les paragraphes qui suivent.

Liens de médiation : investissements et intention de départ

L'hypothèse 7 soutient que le lien entre les investissements et l'intention de départ est médiatisé par l'engagement de continuité (sacrifice perçu) et s'avère confirmée. En ce sens, la modélisation par équations structurales fait ressortir des liens significatifs entre deux dimensions d'engagement et l'intention de départ : engagement de continuité (sacrifice perçu) ($\beta = -.50$, $p < .01$), engagement de continuité (manque d'alternatives) ($\beta = .17$, $p < .05$). De surcroît, ces analyses indiquent que l'effet indirect des investissements sur l'intention de départ est significatif ($-.21$, E.S. = $.05$, $t = -4.26$, $p < .05$). Ces résultats fournissent un appui à l'effet de médiation complète de l'engagement de continuité (sacrifice perçu). Il est à noter que l'engagement affectif, normatif, de continuité (sacrifice perçu) et de continuité (manque d'alternatives) expliquent 42 % de la variable intention de départ.

L'hypothèse de recherche 8 soutient le lien entre les investissements et l'intention de départ est médiatisé par l'engagement affectif. Pour sa part, l'hypothèse 9 stipule que le lien entre les investissements et l'intention de départ est médiatisé par l'engagement normatif. Les résultats de la modélisation par équations structurales infirment ces deux hypothèses.

La question de recherche 3 vise à savoir si la relation entre les investissements et l'intention de départ est médiatisée par l'engagement de continuité (manque d'alternatives). En réponse à cette question, il ressort des analyses que la relation entre les investissements et l'intention de départ n'est pas médiatisée par cette dimension de l'engagement.

Liens de médiation : investissements et santé psychologique

Les questions de recherche 4 à 7 cherchent à savoir si le lien entre les investissements et la santé psychologique est médiatisé par les dimensions de l'engagement, soit l'engagement de continuité (sacrifice perçu) (question 4), l'engagement de continuité (manque d'alternatives) (question 5), l'engagement affectif (question 6) et l'engagement normatif (question 7). La modélisation par équations structurales indique que trois dimensions d'engagement sont liées significativement à la santé psychologique : engagement de continuité (sacrifice perçu) ($\beta=.39$, $p<.01$), engagement de continuité (manque d'alternatives) ($\beta=-.37$, $p<.01$) et engagement normatif ($\beta=-.14$, $p<.05$). Les résultats mettent en évidence un effet indirect significatif des investissements sur la santé psychologique des infirmières (.09, E.S.=.02, $t=4.00$, $p<.05$), ce qui confirme l'effet de médiation complète de l'engagement de continuité (sacrifice perçu). La réponse à la question 4 est donc positive.

Toutefois, la réponse aux questions 5 à 7 est négative, puisque les autres dimensions de l'engagement, soit l'engagement de continuité « manque d'alternatives », l'engagement affectif et l'engagement normatif ne sont pas des variables médiatrices de la relation entre les investissements et la santé psychologique. Il est à noter que l'engagement affectif, normatif, de continuité (sacrifice perçu) et de continuité (manque d'alternatives) expliquent 36% de la variable santé psychologique.

3.3 Discussion

La présente recherche permet de mieux cerner le concept d'investissement en identifiant les différents facteurs qui s'y rapportent, en vérifiant les propriétés psychométriques d'un instrument de mesure ainsi qu'en validant un modèle théorique des investissements qui met l'accent sur les liens entre les investissements, les

différentes dimensions de l'engagement, l'intention de départ et la santé psychologique. La section qui suit se veut une analyse détaillée des résultats quantitatifs présentés dans la section 3.2.

3.3.1 Structure multidimensionnelle des investissements (Hypothèse 1)

Un premier point d'intérêt de cette recherche provient du fait qu'elle permet d'approfondir et ce, tant au niveau théorique qu'empirique, la compréhension du concept d'investissement, un concept peu étudié et encore mal défini dans la documentation. En fait, cette recherche est une des rares études à être allée au-delà des facteurs d'investissement proposés par Becker (1960) et à tenter de cerner l'ensemble des facteurs d'investissement qui sous-tendent ce construit. Les facteurs d'investissement ont été identifiés par le biais de l'analyse par composantes principales et ce, auprès d'un échantillon de 334 infirmières qui travaillent dans le Réseau québécois de la santé. L'examen de la structure factorielle du concept d'investissement est rapporté dans les paragraphes qui suivent.

L'hypothèse 1, qui soutient que le concept d'investissement est un construit multidimensionnel qui comprend six facteurs (les arrangements bureaucratiques, les attentes culturelles généralisées, l'ajustement individuel à la position sociale, la présentation de soi, les préoccupations non reliées au travail et les relations sociales) s'avère partiellement confirmée. Les analyses effectuées mettent bel et bien en évidence la nature multidimensionnelle du construit d'investissement, ce qui fournit un appui à l'hypothèse 1. Toutefois, l'analyse en composantes principales ne fait pas ressortir six facteurs d'investissement, mais plutôt sept. De plus, seuls deux facteurs d'investissement correspondent aux propositions de l'hypothèse 1. Cette hypothèse

s'avère dès lors partiellement confirmée. Les paragraphes qui suivent fournissent une analyse détaillée des différents facteurs d'investissement obtenus.

Deux des facteurs obtenus correspondent aux propositions de la théorie originale de Becker (1960), soit « les conditions de travail » (sous l'appellation arrangements bureaucratiques dans la théorie originale) et « l'expertise » (sous l'appellation ajustement à la position sociale dans la théorie originale). Le facteur « conditions de travail » comprend des items tels l'horaire, les vacances et le fait d'avoir la permanence. Pour sa part, le facteur « expertise » comprend des items relatifs aux connaissances, aux habiletés et au fait d'être une personne ressource. Ces deux facteurs qui proviennent de la théorie de Becker (1960), conditions de travail (Powell et Meyer, 2004, Shore et al., 2000, Whitener et Walz, 1993) et expertise (Powell et Meyer, 2004 ; Shore et al., 2000) ressortent également dans les études antérieures menées sur les investissements.

Un aspect original de cette recherche se rapporte au facteur d'investissement « relations sociales ». Bien que cette dimension d'investissement ait été proposée à titre d'exemple dans la théorie des « side-bets » de Becker (1964 ; Becker et Strauss, 1956) ainsi que par Lee, Mitchell, Holtom, McDaniel et Hill (1999) dans leur théorie du « unfolding model » sous le nom de facteurs personnels, aucune étude empirique effectuée à ce jour n'avait confirmé les relations sociales comme étant un facteur d'investissement. Certaines études offrent toutefois quelques pistes montrant que les relations sociales seraient des aspects importants du concept d'investissement. En ce sens, les études de Powell et Meyer (2004) et de Whitener et Walz (1993) comportent chacune un item qui réfère aux amitiés développées dans le milieu de travail.

L'importance des relations sociales dans la compréhension des investissements ayant été négligée dans la documentation, la présente étude inclut plusieurs items qui s'y rapportent, afin d'évaluer l'apport distinctif de cette dimension au concept global des investissements. À l'origine, les résultats de l'analyse qualitative font ressortir un seul facteur relatif aux relations sociales. Toutefois, l'analyse par composantes principales exploratoire divise les relations sociales en trois facteurs distincts, soit « le service au patient », « la reconnaissance du superviseur » et « les relations avec les collègues ». Également, lors de l'analyse qualitative, les aspects ayant trait à la reconnaissance, à l'utilité et à la qualité des soins étaient intégrés à un facteur nommé « valeurs humaines ». L'analyse exploratoire intègre plutôt ces aspects aux différents facteurs de relations sociales. En outre, l'aspect reconnaissance se retrouve dans les trois facteurs, soit service au patient (item 27 : la satisfaction des patients), reconnaissance du superviseur (item 22 : la reconnaissance de la part de mon infirmière chef) et relations avec les collègues (item 17 : la reconnaissance de la part de mes collègues). Pour sa part, l'aspect respect est intégré à deux facteurs, soit reconnaissance du superviseur (item 21 : la relation respectueuse avec mon infirmière chef) et relations avec les collègues (item 18 : le respect que me témoignent les employés de mon unité de soins). En ce qui a trait aux aspects utilité et qualité de soins, ils ne se retrouvent que pour le facteur service au patient (item 28 : le sentiment d'être utile pour les patients et item 29 : la qualité des soins que je peux donner aux patients). Ce nouveau classement des énoncés semble à la fois logique et pertinent compte tenu des trois facteurs de relations sociales qui émergent de l'analyse exploratoire.

D'autre part, certains facteurs issus de l'analyse par composantes principales, notamment les facteurs « travail quotidien » et « avantages liés à l'ancienneté » n'étaient pas inclus dans l'hypothèse de départ. Tout d'abord, le facteur « travail

quotidien » est un aspect original de l'étude qui provient de l'analyse des entrevues menées auprès d'infirmières du Réseau québécois de la santé (analyses qualitatives). En fait, les éléments proximaux du travail quotidien de l'infirmière ont été mentionnés à maintes reprises au cours des entrevues menées avec ces dernières. Bien que ces éléments n'aient pas été inclus dans les études antérieures, ils ont été nommés à titre d'exemples théoriques par Lee et al. (1999) sous le terme « attributs de l'emploi » dans leur théorie du « unfolding model ». Ces éléments, encore peu étudiés sous l'angle des investissements, s'avèrent très présents dans le discours des infirmières. Ces dernières ne voudraient pas perdre plusieurs aspects de leur travail actuel, notamment la spécialité dans laquelle elles travaillent et les tâches qu'elles effectuent au quotidien. Ensuite, le facteur « avantages liés à l'ancienneté » n'était pas présent ni dans l'hypothèse 1, ni dans les analyses qualitatives effectuées. En fait, ce facteur inclut des items qui se rapportent aux avantages et/ou bénéfices de l'infirmière travaillant depuis un certain nombre d'années au sein d'une même unité de soins. Bien que le facteur « avantages liés à l'ancienneté » ressemble aux « conditions de travail » de par sa nature dite économique (Shore et al., 2000), un examen des corrélats suggère que ces deux facteurs d'investissement sont distincts. Alors que les « conditions de travail » ne sont liés qu'à l'engagement affectif, le facteur « avantages liés à l'ancienneté » entretient des liens avec les dimensions affective, normative et de continuité (sacrifice perçu). Également, les « conditions de travail » ne sont liés qu'à l'intention de départ, tandis que les « avantages liés à l'ancienneté » sont liés à l'intention de départ et à la santé psychologique. Bien que ces résultats confèrent un caractère distinct à ces deux dimensions d'investissement, une réplification de l'analyse par composantes principales est requise auprès d'autres échantillons afin de s'assurer que les résultats sont généralisables.

Il est important de rappeler que les facteurs « présentation de soi », « attentes culturelles généralisées » et « aspects non reliés au travail » n'étaient pas présents dans le discours des infirmières. D'une part, à la lumière des analyses qualitatives réalisées, les facteurs « présentation de soi » et « attentes culturelles généralisées » ne semblent pas être des objets d'investissement majeurs pour l'infirmière. De manière générale, les infirmières ne cherchent pas à préserver leur image et elles ne se préoccupent pas de l'opinion d'autrui pour faire des choix relatifs à leur carrière. D'autre part, il appert que le facteur « aspects non reliés au travail » n'est pas pertinent lorsque l'unité d'analyse est l'unité de soins. Aucun élément extérieur au travail ne ressort de l'analyse qualitative comme étant lié à l'unité de soins. Ces trois facteurs d'investissement n'ont donc pas été conservés lors de la création de l'instrument de mesure des investissements utilisé dans le cadre de la présente recherche.

Dans l'ensemble, les coefficients alpha des différents facteurs d'investissement de cette étude et ce, pour les 7 facteurs, sont supérieurs à ceux des facteurs d'investissement des études antérieures (Powell et Meyer, 2004 ; Shore et al., 2000, Whitener et Waltz, 1993). À cet égard, il faut rappeler que plusieurs études menées sur les investissements ne comportaient aucun indice de fidélité, des variables socio-démographiques étant alors utilisées comme mesure de ce concept (Alutto et al., 1973 ; Aranya et Jacobson, 1975 ; Hrebiniak et Alutto, 1972 ; Mathieu et Zajac, 1990 ; Ritzer et Trice, 1969 ; Sheldon, 1971). Ces constats suggèrent que les facteurs d'investissement de l'instrument de mesure créé dans le cadre de cette recherche possèdent un bon niveau de consistance interne.

En ce qui a trait aux relations qui existent entre les facteurs d'investissement, il appert que les sept facteurs d'investissement ne sont pas indépendants. En fait, les relations

obtenues entre les différents facteurs d'investissement ($.38 \leq r \leq .84$, $p < .01$), sont de manière générale plus élevées que celles retrouvées dans les autres études portant sur le sujet (Powell et Meyer, 2004 ; Shore et al., 2000). De manière plus spécifique, trois facteurs d'investissement entretiennent des liens étroits, soit « l'expertise », « le travail quotidien » et « le service au patient ». Afin de bien saisir la nature des liens qui unissent ces trois facteurs, il est important de rappeler que l'expertise réfère au fait que la personne acquiert des connaissances et des habiletés qui lui permettent de jouer adéquatement son rôle. Ainsi, en ce qui concerne l'infirmière, il est très plausible que le fait d'acquérir un savoir (expertise) soit très lié aux aspects proximaux de son travail (travail quotidien), telles les tâches quotidiennes. Par exemple, le savoir de l'infirmière lui permet de donner des soins adéquats et ainsi d'effectuer un travail de qualité. De plus, puisque le travail quotidien de l'infirmière est principalement axé sur les soins donnés au patient, il est censé que les facteurs service au patient et travail quotidien soient intimement liés. Également, une infirmière qui possède une bonne connaissance de son domaine sera en mesure de fournir des soins de qualité au patient et de fournir une aide réelle et précieuse à ce dernier, ce qui met en évidence le lien existant entre l'expertise et le service au patient. Les liens élevés qui ressortent entre ces trois facteurs d'investissement s'expliquent donc probablement en raison de la nature du travail de l'infirmière.

De manière générale, les résultats de cette étude fournissent un appui à la théorie originale de Becker (1960) qui affirme que le concept d'investissement est un construit multidimensionnel. De surcroît, la présente recherche va au-delà de la théorie initiale en permettant de cerner l'ensemble des facteurs d'investissement pertinent pour un domaine particulier, soit le domaine infirmier. La description de chacun de ces sept facteurs est présentée au tableau 8.

Tableau 8 : Description des dimensions d'investissement	
Dimension d'investissement	Description
Expertise	Les techniques, les connaissances et le développement professionnel de l'individu.
Conditions de travail	Conditions vécues en emploi en regard de l'horaire, des vacances, du statut d'emploi et de la permanence.
Reconnaissance du superviseur	Respect, reconnaissance et encouragements du superviseur.
Relations avec les collègues	Relation d'amitié, de soutien et de partage avec les collègues de travail.
Service au patient	Relation établie avec les patients, sentiment d'utilité, qualité des soins, disponibilité.
Travail quotidien	Variété, rythme, défi, plaisir, spécialité, tâches, routine.
Avantages liés à l'ancienneté	Avancement, responsabilités et fait d'être difficilement remplaçable.

La nature multidimensionnelle du construit d'investissement étant établie et les facteurs qui s'y rapportent étant identifiés, la section qui suit porte sur la validation d'un modèle théorique des investissements.

3.3.2 Validation d'un modèle théorique des investissements

Un autre point d'intérêt de la présente étude, est qu'elle permet de valider un modèle théorique des investissements qui met l'accent sur les liens existants entre les investissements, les dimensions de l'engagement, l'intention de départ et la santé psychologique.

3.3.2.1 Modèle global des investissements (Q1)

La question de recherche 1 réfère à l'ajustement du modèle théorique des investissements aux données par rapport à l'ajustement d'autres modèles théoriques plausibles. Les résultats de la modélisation par équations structurales mettent en évidence que le modèle théorique proposé (modèle 1) obtient un bon ajustement aux données et qu'il est plus parcimonieux que les deux modèles alternatifs. Ce modèle indique que la variable latente des investissements est liée aux dimensions de l'engagement qui en retour entretiennent des liens avec, d'une part, l'intention de départ et, d'autre part, la santé psychologique. Les modèles alternatifs, quant à eux, proposent l'ajout d'un lien entre les investissements et la santé psychologique (modèle 2) et l'ajout d'un lien entre les investissements et l'intention de départ (modèle 3). Les résultats indiquent que l'ajout de liens directs n'améliore pas l'ajustement du modèle de manière significative, et ce dans les deux cas. Les résultats de la présente étude peuvent être mis en lien avec ceux de l'étude de Powell et Meyer (2004) qui teste un modèle théorique de l'engagement. Le modèle théorique de l'étude de Powell et Meyer (2004) propose que les facteurs d'investissement sont liés aux trois dimensions de l'engagement (affectif, normatif et de continuité sacrifice perçu) et que ces dernières sont en lien avec l'intention de départ. Ces auteurs ont testé des modèles alternatifs qui ajoutent un lien direct entre chaque facteur d'investissement et l'intention de départ tout comme dans la présente étude, l'ajout de ces liens directs n'augmente pas l'ajustement du modèle de Powell et Meyer (2004).

Les résultats permettent également de constater que les paramètres de chaque facteur d'investissement sont liés significativement à la variable latente « investissement » du modèle théorique. Ces résultats mettent en évidence le fait que le construit d'investissement est bel et bien multidimensionnel et que les sept facteurs

d'investissement répertoriés lors de l'analyse qualitative sous-tendent ce construit. Toutefois, le paramètre du facteur d'investissement « avantage liés à l'ancienneté » s'avère un peu plus faible que les autres. Il appert également que ce facteur d'investissement obtient un coefficient de cohérence interne un peu plus faible que les autres facteurs. Face à ces résultats, il serait important de faire d'autres études afin de s'assurer que ces derniers sont généralisables.

Les sections qui suivent décrivent de manière détaillée les liens spécifiques entre les différentes variables du modèle théorique à l'étude ainsi que les liens de médiation.

3.3.2.2 Liens spécifiques entre les variables du modèle (H2 à H6 et Q2)

Liens investissements et engagement: Hypothèses 2 à 5

La présente recherche fournit un support empirique à la théorie de Becker (1960) et, par le fait même, permet de répondre à une lacune de la documentation sur l'engagement. En effet, bien que plusieurs auteurs soutiennent que les investissements favorisent le développement de l'engagement (Meyer et al., 2002, Powell et Meyer, 2004 ; Shore et al., 2000), cette avenue de recherche a été peu explorée à ce jour. En proposant une définition intégrative ainsi qu'un nouveau regard sur les différents facteurs d'investissement, cette recherche permet, en outre, de mieux cerner le rôle des investissements dans le développement de l'engagement.

Avant de discuter des liens entre les investissements et l'engagement, il importe de souligner une autre contribution de la présente étude. Cette contribution se retrouve au niveau de l'instrumentation de la variable engagement, puisque cette étude emploie une mesure révisée de l'engagement de continuité. En fait, depuis un certain nombre d'années, les auteurs (McGee et Ford, 1987 ; Hackett et al., 1994 ; Meyer et al., 1990 ;

Somers, 1993) obtiennent des résultats qui montrent que l'engagement comporte quatre dimensions dont deux au niveau de l'engagement de continuité, soit le sacrifice perçu et le manque d'alternatives. Une étude méta-analytique récente soutient que la dimension sacrifice perçu reflète mieux la théorie des investissements de Becker (1960) que ne le fait la dimension manque d'alternatives (Meyer et al., 2002). Toutefois, les études antérieures se sont basées sur une mesure qui comporte trois ou quatre items de l'engagement de continuité (sacrifice perçu) et qui obtient un niveau minimal de fidélité (Gellatly, 1995 ; Jaros, 1997 ; Mellor, Mathieu, Barnes-Farrell et Rogelberg, 2001). Tel que suggéré par Powell et Meyer (2004), la présente étude utilise un instrument de mesure de l'engagement de continuité révisé. Cet instrument comporte six items pour la dimension sacrifice perçu, cinq items pour la dimension manque d'alternatives et obtient un bon niveau de fidélité. L'analyse factorielle confirmatoire menée sur les items d'engagement indique que l'engagement envers l'unité de soins comporte quatre facteurs, soit l'engagement affectif, normatif, de continuité (sacrifice perçu) et de continuité (manque d'alternatives). Ces résultats fournissent un appui supplémentaire aux études antérieures (McGee et Ford, 1987, Hackett et al., 1994 ; Meyer et al., 1990 ; Somers, 1993 ; Powell et Meyer, 2004) qui soutiennent que l'engagement de continuité comprend deux facteurs, soit le sacrifice perçu et le manque d'alternatives. De plus, les corrélations obtenues entre, d'une part, l'engagement de continuité (sacrifice perçu) et, d'autre part, les investissements (4 facteurs), l'intention de départ et la santé psychologique fournissent un appui quant à la validité critériée de l'engagement de continuité (sacrifice perçu).

Les hypothèses 2 à 5 réfèrent aux liens qui existent entre les investissements et les différentes dimensions de l'engagement envers l'unité de soins. Les paragraphes qui suivent expliquent et décrivent les résultats obtenus en regard de ces hypothèses.

L'hypothèse 2 postule un lien positif entre les investissements et l'engagement de continuité (sacrifice perçu) et s'avère confirmée par les résultats de la modélisation par équations structurales. Ces résultats indiquent que lorsque l'infirmière valorise plusieurs aspects de son travail, elle est plus engagée envers son unité de soins (sacrifice perçu) et elle perçoit davantage comme un sacrifice de renoncer aux aspects qui ont de l'importance pour elle. Les études antérieures obtiennent des résultats mitigés. Certaines études obtiennent des résultats similaires et soutiennent que les investissements et l'engagement entretiennent des liens positifs modérés à élevés (Farrell et Rusbult, 1981 ; Rusbult, 1980a ; Rusbult, 1983 ; Whitener et Walz, 1993) . Toutefois, une étude méta-analytique de Meyer et al. (2002) obtient un lien très faible entre les investissements et l'engagement. Les résultats de l'ensemble de ces études doivent être interprétés avec précaution puisque aucune ne fait de distinction entre les sous-dimensions de l'engagement de continuité. De surcroît, les études de l'équipe de Rusbult utilisent une mesure globale d'engagement qui n'évalue pas les dimensions du construit.

Les analyses corrélationnelles effectuées dans le cadre de la présente étude permettent d'établir les liens entre les facteurs d'investissement et l'engagement de continuité (sacrifice perçu) et mettent en évidence des liens positifs faibles pour quatre facteurs d'investissement (reconnaissance du superviseur, relations avec les collègues, travail quotidien, avantages liés à l'ancienneté). Ces résultats peuvent être comparés à ceux des études antérieures qui se divisent en deux catégories, soit les études qui mesurent les investissements comme variables socio-démographiques et les études qui les mesurent comme des bénéfiques. Plusieurs études effectuées par le passé ont mesuré les investissements par le biais de variables socio-démographique. Contrairement à la présente étude, ces études obtiennent des résultats non significatifs (Ritzer et Trice,

1969 ; Shoemaker et al., 1977 ; Stevens et al., 1978) ou faibles (Alutto et al., 1973 ; Hrebiniak et Alutto, 1972 ; Grusky, 1966 ; Sheldon, 1971), ce qui fournit peu d'appui à la théorie originale de Becker (1960). Le bien-fondé des résultats de ces études est cependant remis en question par des auteurs qui soutiennent que l'utilisation des variables socio-démographiques comme mesure des investissements (Cohen et Lowenberg, 1990 ; Meyer et Allen, 1984 ; Shore et al., 2000 ; Wallace, 1997) s'avère problématique au niveau conceptuel et au niveau empirique (Shore et al., 2000). Compte tenu de la nature de ces mesures, il s'avère très difficile de les comparer aux résultats de la présente étude.

D'autre part, quelques études mesurent les investissements comme étant des bénéfiques. L'instrument de mesure utilisé dans le cadre de la présente étude se retrouve parmi ce type de mesure, ce qui facilite la comparaison des différents résultats obtenus. Il est toutefois important de rappeler que chacun de ces instruments de mesure des investissements comporte des facteurs d'investissement différents. Tout d'abord, une étude indépendante de Shore et al. (2000) obtient des liens faibles entre les investissements et l'engagement de continuité. Cette étude indique que les facteurs d'investissement nommés « responsabilité organisationnelle », « ajustement à la position sociale » et « arrangements bureaucratiques » obtiennent des liens positifs faibles avec la dimension de continuité de l'engagement (deux sous-dimensions non différenciées). Ces résultats peuvent être expliqués par l'absence de distinction entre les deux sous-dimensions de l'engagement de continuité, soit le sacrifice perçu et le manque d'alternatives.

Une seule étude répertoriée fait état des liens existants entre les investissements et l'engagement de continuité en faisant la distinction entre les deux sous-dimensions de

l'engagement de continuité, soit l'étude de Powell et Meyer (2004). Cette étude rapporte que les facteurs d'investissement nommés arrangements bureaucratiques, conditions satisfaisantes, préoccupations non liées au travail et manque d'alternatives entretiennent des liens allant de faibles à modérés avec l'engagement de continuité (sous-dimension sacrifice élevé) (Powell et Meyer, 2004). La nature des liens obtenus dans la présente étude est relativement similaire à celle de l'étude de Powell et Meyer (2004). De plus, les différents facteurs d'investissement qui ressortent comme étant liés à l'engagement de continuité (sacrifice perçu) dans l'étude de Powell et Meyer (2004) ont certains points en commun avec les facteurs d'investissement qui ressortent dans la présente étude. En fait, dans la présente étude, le facteur « avantages liés à l'ancienneté » comporte des éléments similaires (ex. les possibilités d'avancement) au facteur « arrangements bureaucratiques » de l'étude de Powell et Meyer (2004) et ces deux facteurs d'investissement obtiennent des liens faibles avec l'engagement de continuité (sacrifice perçu). De plus, le contenu des facteurs d'investissement « reconnaissance du superviseur » et « relations avec les collègues » ressemble au facteur d'investissement « conditions satisfaisantes » de Powell et Meyer (2004) (ex. le traitement positif reçu du superviseur et le plaisir de travailler avec mes collègues). Dans les deux études, ces facteurs d'investissement obtiennent des liens positifs faibles. Dès lors, il semble plausible que lorsque des éléments du travail ont de la valeur pour l'employé et qu'il ne veut pas les perdre, il a alors un niveau d'engagement de continuité (sacrifice perçu) plus élevé.

Dans la présente étude, les liens obtenus entre les investissements et l'engagement de continuité (sacrifice perçu) s'avèrent faibles. Ces liens relativement faibles peuvent s'expliquer par la relation obtenue entre l'engagement affectif et l'engagement de continuité (sacrifice perçu). En fait, la relation obtenue entre ces deux dimensions est

plus élevée que ce qui est rapporté dans les études antérieures (Allen et Meyer, 1990 ; Meyer et al., 2002). Il est plausible que la portion de variance partagée entre les deux dimensions de l'engagement (affectif et de continuité sacrifice perçu) ait un impact sur les liens entretenus entre ces deux dimensions et les investissements. En ce sens, il est intéressant de constater que les investissements entretiennent des liens plus forts avec l'engagement affectif qu'avec l'engagement de continuité (sacrifice perçu). Ces liens seront discutés dans les sections qui suivent.

L'hypothèse 3, qui soutient que les investissements sont liés négativement à l'engagement de continuité (manque d'alternatives), est infirmée par les résultats de la modélisation par équations structurales, car aucun lien significatif n'est obtenu entre ces variables. Ce résultat est similaire aux résultats de la méta-analyse de Meyer et al. (2002) qui obtient un lien très faible entre les investissements et l'engagement de continuité. Toutefois, une étude indépendante de Whitener et Walz (1993) soutient que les investissements et l'engagement de continuité entretiennent des liens modérés. Il est toutefois important d'interpréter ces résultats avec précaution puisque ces études n'établissent aucune distinction entre les sous-dimensions de l'engagement de continuité.

De manière plus détaillée, les résultats des analyses corrélationnelles de la présente étude font ressortir que 5 facteurs d'investissements ne sont pas liés significativement à l'engagement de continuité (manque d'alternatives), les 2 autres facteurs (reconnaissance du superviseur et travail quotidien) étant liés négativement et faiblement à cette dimension de l'engagement. Une étude indépendant de Shore et al. (2000) obtient des résultats contraires à ceux de la présente étude. L'étude de Shore et al. (2000) fait ressortir que les facteurs d'investissement nommés « responsabilité

organisationnelle », « ajustement à la position sociale » et « arrangements bureaucratique » ont des liens positifs modérés avec la dimension de continuité de l'engagement. Les divergences entre les résultats de l'étude de Shore et al. (2002) et ceux de la présente étude peuvent être expliquées par le fait que ces auteurs ne font aucune distinction entre les deux sous-dimensions de l'engagement de continuité, ce qui peut avoir un impact non négligeable sur les résultats obtenus (Powell et Meyer, 2004 ; Shore et al., 2000).

Pour sa part, l'étude de Powell et Meyer (2004) met en évidence des liens significatifs entre les facteurs d'investissement « manque d'alternatives » (lien positif élevé), « préoccupations non reliées au travail » (lien positif faible), « conditions satisfaisantes » (lien négatif faible) et l'engagement de continuité (manque d'alternatives). Il n'est pas étonnant que le facteur « manque d'alternatives » soit lié fortement à l'engagement de continuité (manque d'alternatives), les deux construits étant très similaires. Pour sa part, le facteur d'investissement « conditions satisfaisantes » obtient un lien négatif faible avec l'engagement de continuité (manque d'alternatives). En regard des résultats de la présente recherche, il ressort que le facteur « conditions satisfaisantes » de Powell et Meyer (2004) comprend certains éléments similaires au facteur « reconnaissance du superviseur » (ex. traitement positif des superviseurs de l'organisation) et au facteur « travail quotidien » (ex. le plaisir de faire le travail que je fais), deux facteurs d'investissement qui obtiennent des liens négatifs faibles avec l'engagement de continuité (manque d'alternatives) dans la présente étude. Ces résultats mettent en évidence que lorsque l'employé obtient un traitement favorable de son superviseur et lorsqu'il aime le travail effectué au quotidien, il a un niveau d'engagement de continuité (manque d'alternatives) moins élevé. L'employé se sent

alors moins piégé, et la perception de n'avoir aucune alternative d'emploi est moins présente dans son esprit.

L'hypothèse 4 soutient que les investissements sont liés positivement à l'engagement affectif. Les résultats de la modélisation par équations structurales confirment cette hypothèse et font ressortir un lien modéré. Ainsi, l'infirmière qui valorise plusieurs éléments de son travail se sent plus attachée et s'identifie à son unité de soins. Des résultats similaires sont obtenus dans une étude méta-analytique (Meyer et al., 2002) ainsi que dans les études indépendantes qui portent sur le sujet (Farrell et Rusbult, 1981 ; Farrell et Rusbult, 1992 ; Rusbult et Farrell, 1983; Whitener et Walz, 1993).

Un constat intéressant qui ressort des résultats des analyses corrélationnelles de la présente étude est que dans l'ensemble, tous les facteurs d'investissement corrélaient plus fortement avec l'engagement affectif qu'avec les autres dimensions de l'engagement envers l'unité de soins. Une comparaison avec le construit d'*embeddedness* permet de mieux comprendre la force des liens obtenus entre les différents facteurs d'investissement et les dimensions de l'engagement affectif envers l'unité de soins. L'*embeddedness* est un concept qui se rapporte à la totalité des forces qui contraignent l'individu à demeurer au sein de son organisation (Mitchell et al., 2001). Ce concept, qui s'apparente au concept d'investissement, comprend une dimension nommée « liens » (Lee, Mitchell, Sablinski, Burton et Holtom, 2004 ; Mitchell et al., 2001) qui s'apparente aux facteurs de l'environnement social (Shore et al., 2000) de la présente étude. Tout comme certains facteurs relatifs aux relations au travail de la présente étude, la dimension « liens » du construit d'*embeddedness* réfère aux connections formelles ou informelles entre la personne et l'institution ou d'autres personnes de son entourage (Mitchell et al., 2001). Selon la théorie de Mitchell et al. (2001), plus

l'employé établit un grand nombre de liens avec des personnes de son entourage, plus il est attaché à son organisation. Cette dimension de l'*embeddedness* entretient des liens positifs et significatifs avec l'engagement affectif (Mitchell et al., 2001). À partir de ces résultats, il est possible de formuler l'inférence que l'infirmière développe un attachement à des gens significatifs de son milieu de travail (Sheldon, 1971) (ex. collègues, superviseur et patients), ce qui favorise son sentiment d'appartenance envers son unité de soins. Il est alors logique que les facteurs d'investissement « reconnaissance du superviseur », « relations avec les collègues » et « service au patient » soient plus fortement liés à l'engagement affectif. De plus, comme les habiletés, les connaissances des infirmières (facteur expertise) et les tâches quotidiennes (facteur travail quotidien) sont intimement liées aux soins donnés aux patients, il est censé que ces facteurs soient liés à l'engagement affectif de l'infirmière envers son unité de soins.

En ce qui a trait aux facteurs d'investissement de nature économique (Shore et al., 2000), les conditions de travail obtiennent des liens plus forts avec l'engagement affectif qu'avec l'engagement de continuité (sacrifice perçu), tandis que le facteur « avantages » obtient des liens faibles équivalents avec l'engagement affectif et de continuité (sacrifice perçu). Ces résultats vont à l'encontre des résultats d'études antérieures où les investissements de nature économique sont davantage liés à l'engagement de continuité (sacrifice perçu) (Mitchell et al., 2001 ; Powell et Meyer, 2004 ; Shore et al., 2000). Toutefois, une étude sur l'*embeddedness* de Mitchell et al. (2001) fait ressortir des résultats similaires à la présente étude. En effet, une dimension du construit d'*embeddedness*, le sacrifice s'avère intimement lié à la notion d'investissement et principalement aux investissements de nature économique. Cette dimension qui réfère aux coûts perçus liés au fait de perdre des bénéfices matériels et

psychologiques si l'individu quitte son emploi (Mitchell et al., 2001) est principalement opérationnalisée par des items de nature économique, tel « les bénéfices sont bons dans cet emploi ». Dans l'étude de Mitchell et al. (2001), la dimension sacrifice de l'*embeddedness* obtient des liens plus élevés avec l'engagement affectif qu'avec l'engagement de continuité. Il est toutefois important de noter que cette étude n'évalue pas de manière distincte les deux sous-dimensions de l'engagement de continuité. Une autre piste de réflexion permet toutefois de comprendre les liens obtenus entre les facteurs d'investissement « conditions de travail » et « avantages liés à l'ancienneté » et l'engagement affectif. À la lumière de la méthodologie de la présente recherche, il est plausible que, lorsque le focus d'analyse est l'unité de soins, les aspects économiques liés à l'emploi soient plus près de la réalité de l'infirmière. L'évaluation des bénéfices rattachés à l'emploi peut alors être teintée par l'attachement de l'infirmière et par son implication au sein de son unité de soins, ce qui permettrait d'expliquer les liens entre les investissements de nature économique et l'engagement affectif de l'infirmière.

L'hypothèse 5 affirme qu'il existe des liens positifs entre les investissements et l'engagement normatif. Les résultats de la modélisation par équations structurales mettent en évidence que le lien entre ces deux variables n'est pas significatif, ce qui infirme l'hypothèse 5. À l'opposé, les résultats d'une étude méta-analytique font ressortir un lien positif faible entre les investissements et l'engagement normatif (Meyer et al., 2002). La divergence entre les résultats de la présente étude et ceux de la méta-analyse de Meyer et al. (2002) peuvent être expliqués par la conceptualisation et l'opérationnalisation des investissements qui diffèrent en fonction des études. Par exemple, le fait d'inclure certains facteurs d'investissement de nature « normative », tels « les attentes culturelles généralisées » et la « présentation de soi » peut avoir un impact sur les résultats obtenus au niveau de l'engagement normatif. Il est important de

rappeler que dans la présente étude, ces deux facteurs d'investissement ne sont pas inclus puisqu'ils ne ressortent pas dans le discours des infirmières.

De manière plus spécifique, les analyses corrélationnelles font ressortir que trois facteurs d'investissement (reconnaissance du superviseur, relations avec les collègues, avantages liés à l'ancienneté) obtiennent des relations positives faibles avec l'engagement normatif. Deux études indépendantes (Powell et Meyer, 2004 ; Shore et al., 2000) montrent des liens faibles à modérés entre les investissements et l'engagement normatif. Plus spécifiquement, l'étude de Shore et al. (2000) affirme que les cinq facteurs d'investissement de la théorie de Becker (1960) sont liés faiblement à l'engagement normatif. Pour sa part, l'étude de Powell et Meyer (2004) rapporte que les attentes culturelles généralisées et les conditions satisfaisantes ont des liens faibles à modérés avec l'engagement normatif. Un constat général ressort de la comparaison des résultats de la présente étude à ceux des études antérieures, plusieurs facteurs d'investissement qui s'avèrent liés à l'engagement normatif réfèrent à un agent (ex. superviseur, collègue ou organisation). Ce constat semble logique, puisque la dimension normative de l'engagement réfère au respect de la norme sociale, c'est-à-dire aux devoirs et aux responsabilités envers un agent. L'individu adopte alors une ligne d'action qui lui permet de répondre aux attentes de l'agent en question.

Liens investissements et intention de départ : Hypothèse 6

L'hypothèse 6 stipule que les investissements entretiennent des liens négatifs avec l'intention de départ. Il est important de noter qu'aucun résultat relatif au lien direct entre les investissements et l'intention de départ n'est obtenu en ce qui a trait à la modélisation par équations structurales puisque le lien est complètement médiatisé par d'autres variables.

De manière plus spécifique, les résultats des analyses corrélationnelles donnent un appui partiel à cette hypothèse, puisque la variable latente d'investissement ainsi que six facteurs d'investissement (excepté le facteur « service au patient ») obtiennent des liens négatifs faibles avec l'intention de départ. Les résultats de la présente étude fournissent un appui, à tout le moins partiel, à la théorie originale de Becker (1960) qui stipule que lorsque l'individu fait des investissements, il a tendance à poursuivre sa ligne d'action. Ainsi, la présente étude fait état de liens négatifs faibles entre les investissements et l'intention de départ, ce qui est similaire aux résultats d'études antérieures (liens faibles à modérés) (Powell et Meyer, 2004 ; Rusbult, 1983 ; Rusbult et Farrell, 1983 ; Rusbult et al., 1991 ; Shore et al., 2000 ; Whitener et Walz, 1993). De manière plus spécifique, les deux facteurs d'investissement, qui ressortent le plus dans la prédiction de l'intention de départ dans la présente étude, sont le « travail quotidien » et la « reconnaissance du superviseur », ce qui est similaire aux résultats obtenus par Powell et Meyer (2004). En effet, dans cette étude, le facteur d'investissement nommé « conditions satisfaisantes », qui comprend des items relatifs aux caractéristiques du travail (ex. le plaisir que je retire de mon travail) ainsi qu'un item qui réfère au superviseur (ex. le traitement positif que je reçois des superviseurs de l'organisation) obtient la relation la plus élevée avec l'intention de départ.

La théorie du « unfolding model » (Mitchell et Lee, 2001) permet d'expliquer les liens négatifs obtenus entre les investissements et l'intention de départ. En effet, cette théorie souligne que l'individu effectue une analyse des facteurs compensatoires qui l'incitent à conserver son emploi. En ce sens, Mitchell et Lee (2001) mentionnent que les attributs de l'emploi ainsi que les facteurs personnels incitent l'individu à demeurer en emploi. Ces aspects trouvent écho dans différents facteurs d'investissement évalués

dans la présente étude. En ce sens, il appert que les facteurs les plus liés à l'intention de départ, sont « le travail quotidien » et « la reconnaissance du superviseur », soit des facteurs d'investissement très liés aux attributs de l'emploi et aux facteurs personnels de la théorie de Mitchell et Lee (2001).

Bref, les résultats de la présente étude fournissent un appui à la théorie originale de Becker (1960) qui soutient que les investissements contribuent à la perception des coûts liés au fait de mettre fin à une ligne d'action, ce qui correspond dans le cas présent aux coûts perçus par l'infirmière qui désire quitter son unité de soins.

Liens investissements et santé psychologique : Question 2

La question 2 fait référence au lien qui existe entre les investissements et la santé psychologique. La modélisation par équations structurales ne fait ressortir aucun lien direct entre ces variables puisque la relation est complètement médiatisée par d'autres variables.

Les résultats des analyses corrélationnelles indiquent que la variable latente d'investissement ainsi que les facteurs d'investissement (excepté les conditions de travail et le service au patient) ont des liens positifs faibles avec la santé psychologique des infirmières. À ce jour, aucune étude empirique n'a été menée sur les liens entre les investissements et la santé psychologique. Toutefois, le concept de ressources a des caractéristiques similaires à celui des investissements. En ce sens, un aspect important et un aspect qui a de la valeur pour l'employé est considéré comme une ressource. Ces deux caractéristiques, soit l'importance et la valeur d'un aspect précis du travail, permettent d'établir par inférence un lien entre le concept d'investissement et celui de ressource. Quelques études empiriques menées sur les ressources présentent des liens

négatifs avec l'épuisement professionnel. Une étude de Krausz et al. (2000) démontre que le fait d'avoir des ressources désirées, dans le cas présent, le fait d'avoir l'horaire désiré et la possibilité de choisir son horaire, entretient des liens négatifs modérés avec l'épuisement professionnel. Une autre étude (Ellis et Miller, 1993) menée auprès d'infirmières américaines cible deux ressources, soit l'importance de la participation à la prise de décisions et le fait d'avoir du contrôle dans le cadre de son emploi. Cette étude fait ressortir que ces deux ressources réduisent l'épuisement émotionnel et l'épuisement professionnel (Ellis et Miller, 1993). Ces études montrent que lorsque les employés n'ont pas accès aux ressources nécessaires, il s'ensuit des conséquences négatives au niveau de leur santé psychologique (Schaufeli et Buunk, 1996). Par inférence, il semble plausible que, si l'employé qui manque de ressources vit plus de détresse psychologique, l'employé qui a plusieurs ressources a une bonne santé psychologique. En ce sens, l'employé qui valorise plusieurs aspects de son travail, c'est-à-dire que plusieurs aspects sont importants pour lui et ont de la valeur à ses yeux (investissements), celui-ci a une meilleure santé psychologique, ce qui s'avère vérifié par les résultats de la présente étude.

Les liens entre les différentes variables à l'étude ayant été établis, il semble pertinent d'évaluer si la relation entre les investissements et les variables résultantes (intention de départ et santé psychologique) est médiatisée par l'engagement envers l'unité de soins. La prochaine section porte sur l'évaluation des liens de médiation du modèle des investissements.

3.3.2.3 Lien de médiation : investissements et intention de départ (H7 à H9 et Q3)

L'hypothèse 7 affirme que le lien entre les investissements et l'intention de départ est médiatisé par l'engagement de continuité (sacrifice perçu). Il importe de rappeler que

tous les postulats de l'analyse de médiation sont respectés : 1) lien significatif entre les investissements et l'intention de départ ; 2) lien significatif entre les dimensions de l'engagement et l'intention de départ.

Premièrement, la modélisation par équations structurales fait ressortir un lien négatif élevé entre l'engagement de continuité (sacrifice perçu) et l'intention de départ ainsi qu'un lien positif faible pour la dimension de continuité (manque d'alternatives). Peu d'études ont été menées à ce jour sur le lien existant entre la dimension de continuité et le départ volontaire et les résultats de ces études s'avèrent contradictoires, soit aucun lien pour certaines études (Harris et Cameron, 2005 ; Jaros et al., 1993) et un lien faible dans d'autres cas (Meyer et al., 2002, Whitener et Walz, 1993). Ces résultats divergents peuvent être expliqués par le fait que les deux sous-dimensions de l'engagement de continuité (sacrifice perçu et manque d'alternatives) ne sont pas évaluées de manière distincte. Les résultats de la présente étude montrent l'importance d'évaluer séparément ces deux sous-dimensions qui ont un apport distinct dans la prédiction du départ volontaire. D'une part, la dimension de continuité sacrifice perçu est liée négativement à l'intention de départ. Ce résultat s'explique par le fait que lorsque l'employé possède plusieurs investissements, c'est-à-dire des bénéfices qu'il ne veut pas perdre, il est moins porté à vouloir changer d'emploi. D'autre part, le lien entre l'engagement de continuité (manque d'alternatives) et l'intention de départ est positif. Ainsi, lorsque l'employé perçoit qu'il a peu d'alternatives d'emploi (dimension de continuité manque d'alternatives), il se sent pris au piège. Il est alors plausible que cet employé ait plus de pensées relatives au départ, cette problématique étant devenue saillante pour lui.

Deuxièmement, les résultats de la modélisation par équations structurales ne font ressortir aucun lien significatif entre l'engagement affectif et l'intention de départ. Ce

résultat va à l'encontre des résultats d'études méta-analytiques antérieures sur l'intention de départ (Griffeth et al., 2000 ; Meyer et al., 2002 ; Randall, 1990) et le départ réel (Meyer et al., 2002) qui font ressortir des liens négatifs faibles à modérés entre ces variables. La divergence entre les résultats de la présente étude et ceux des études antérieures peut s'expliquer par le fait qu'un modèle global des investissements est testé. Il est alors plausible que la portion de variance expliquée par l'engagement affectif soit absorbée par l'engagement de continuité (sacrifice perçu).

Troisièmement, il ressort de la modélisation par équations structurales un lien non significatif entre l'engagement normatif et l'intention de départ. Pour leur part, les études antérieures font ressortir des liens négatifs faibles à modérés entre l'engagement normatif et l'intention de départ (Harris et Cameron, 2005 ; Jaros et al., 1993 ; Meyer et al., 2002). Il est plausible que le fait de tester un modèle global ait un impact sur les résultats de la présente étude et que la portion de variance expliquée par l'engagement normatif soit absorbée par l'engagement de continuité (sacrifice perçu). Dans le même ordre d'idées, un résultat surprenant est obtenu au niveau des liens entre l'engagement normatif et l'intention de départ. Bien que la corrélation entre ces deux variables s'avère négative, le paramètre est positif. Ces résultats sont similaires à ceux de Powell et Meyer (2004). Ces derniers expliquent la corrélation négative obtenue par la variance partagée entre l'engagement normatif et les autres dimensions d'engagement (affectif et de continuité sacrifice perçu). Malgré ces résultats, Powell et Meyer (2004) n'estiment pas que la dimension normative soit redondante, puisque cette dernière explique une part de variance unique des comportements et de l'intention comportementale dans d'autres études (Herscovitch et Meyer, 2002 ; Lee, Allen, Meyer et Rhee, 2001 ; Somers, 1995). Face à ces résultats, il s'avère important d'effectuer de plus amples

recherches afin de déterminer les liens existants entre les trois dimensions de l'engagement (Meyer et Herscovitch, 2001).

Les résultats de la modélisation par équations structurales mettent en évidence que la relation entre les investissements et l'intention de départ n'est pas significative lorsque l'engagement envers l'unité de soins est contrôlé. Ainsi, les résultats de cette étude soutiennent que la relation entre les investissements et l'intention de départ est complètement médiatisée par l'engagement de continuité (sacrifice perçu) envers l'unité de soins. Quelques études obtiennent des résultats similaires à ceux de la présente étude. Les études menées par l'équipe de Rusbult indiquent que l'engagement est une variable médiatrice de la relation entre les investissements et l'intention de départ (Rusbult, 1983 ; Rusbult et Farrell, 1983 ; Rusbult et al., 1991). Il est toutefois important d'interpréter les résultats des études de l'équipe de Rusbult avec précaution (Rusbult, 1983 ; Rusbult et Farrell, 1983 ; Rusbult et al., 1991), puisqu'elles utilisent des mesures unidimensionnelles du concept d'investissement et de l'engagement organisationnel.

La majorité des auteurs (McGee et Ford, 1987 ; Meyer et Allen, 1991) reconnaissent, à ce jour, que l'engagement comporte quatre dimensions qui entretiennent des liens distincts avec les variables résultantes (Meyer et al., 2002). En ce sens, une étude indépendante, qui utilise une mesure multidimensionnelle de l'engagement, met en évidence que la relation entre les investissements et l'intention de départ est médiatisée par l'engagement (Powell et Meyer, 2004). Cette étude précise que le lien entre les facteurs d'investissement arrangements bureaucratiques, préoccupations non reliées au travail, conditions satisfaisantes et manque d'alternatives et l'intention de départ est complètement médiatisé par l'engagement de continuité (sacrifice perçu). Tout comme

les résultats de Powell et Meyer (2004), les résultats de la présente étude fournissent un appui à la théorie de Becker (1960) qui dit que les investissements reflètent les coûts perçus liés au fait de cesser une ligne d'action et que l'engagement contribue à la perception de ces coûts.

L'hypothèse 8 se rapporte au rôle de l'engagement affectif comme variable médiatrice du lien entre les investissements et l'intention de départ. Les résultats de la présente étude n'indiquent aucun lien de médiation pour la dimension affective de l'engagement. Cette hypothèse est donc infirmée. Au niveau théorique, Becker (1960) ne fait aucune allusion au rôle de l'engagement affectif dans la prédiction du lien entre les investissements et le fait de cesser une ligne d'action. Au niveau empirique, une seule étude répertoriée traite de ce sujet et indique que le lien entre le facteur d'investissement « conditions satisfaisantes » et l'intention de départ est médiatisé par l'engagement affectif (Powell et Meyer, 2004). Il est important de noter que la présente recherche utilise un construit latent de deuxième ordre d'investissement. La recherche ne rapporte pas le rôle de l'engagement affectif dans l'explication du lien entre chaque facteur d'investissement et l'intention de départ. Il s'avère donc difficile de comparer les résultats de la présente étude aux résultats de Powell et Meyer (2004). Toutefois, puisque le lien obtenu dans la présente étude entre l'engagement de continuité (sacrifice perçu) et l'engagement affectif est élevé, il est plausible que l'engagement de continuité (sacrifice perçu) ait absorbé une partie de la variance de l'engagement affectif, ce qui expliquerait l'absence d'effet de médiation de l'engagement affectif.

L'hypothèse 9 qui stipule que le lien entre les investissements et l'intention de départ est médiatisé par l'engagement normatif s'avère infirmée. Les résultats de l'étude n'indiquent aucun lien de médiation pour cette dimension de l'engagement, ce qui

concorde avec la théorie de Becker (1960) qui ne parle pas d'engagement normatif. Pour sa part, l'étude de Powell et Meyer (2004) indique que le lien entre les facteurs d'investissement « attentes des autres » et « conditions satisfaisantes » et l'intention de départ est médiatisé par l'engagement normatif. Une fois de plus, le rôle de l'engagement normatif dans la prédiction du lien entre chaque facteur d'investissement et l'intention de départ n'est pas évalué dans la présente recherche. La comparaison entre les résultats de la présente étude et ceux de l'étude de Powell et Meyer (2004) est alors plus compliquée à effectuer. Cependant, à la lumière des analyses qualitatives réalisées, il ressort que les facteurs d'investissement ayant un caractère normatif, soit « les attentes culturelles généralisées » et « la présentation de soi » ne sont pas présents dans le discours des infirmières et ne font pas partie des facteurs d'investissement de l'instrument de mesure créé dans le cadre de cette recherche. Il semble dès lors plausible que l'engagement normatif ne joue pas un rôle de premier plan pour l'échantillon d'infirmières de la présente étude.

La question de recherche 3 cherche à savoir si le lien entre les investissements et l'intention de départ est médiatisé par l'engagement de continuité (manque d'alternatives). Aucun lien de médiation n'est obtenu pour cette dimension de l'engagement. Ce résultat est consistant avec la théorie de Becker (1960) qui met l'accent sur la notion de coût perçu qui se rattache à la dimension de continuité (sacrifice perçu) de l'engagement. En ce sens, aucun écrit théorique et aucune étude empirique n'indique que la relation entre les investissements et l'intention de départ est médiatisée par l'engagement de continuité (manque d'alternatives), ce qui s'avère confirmé par les résultats de la présente étude.

3.3.2.4 Lien de médiation : investissements et santé psychologique (Q4 à Q7)

Un aspect intéressant de la présente recherche mérite d'être mentionné avant de présenter les résultats relatifs aux questions de recherche 4 à 7. Plus précisément, cet aspect se rapporte à la mesure de la santé psychologique. En fait, un grand nombre d'études antérieures utilisent une mesure unidimensionnelle qui se rapporte à la détresse psychologique (Leiter et Maslach, 1988 ; Wright et Cropanzano, 1998). Pour leur part, les résultats de la présente étude mettent en évidence que le construit de santé psychologique est multidimensionnel et qu'il comporte deux dimensions distinctes, soit le bien-être psychologique et la détresse psychologique. Ces résultats sont similaires à ceux d'études antérieures (Massé et al., 1998a ; 1998b ; 1998c) et fournissent un appui supplémentaire en ce qui a trait à l'importance d'évaluer le bien-être autant que la détresse psychologique (Achille, 2003a ; Achille, 2003b).

En ce qui concerne l'évaluation du lien de médiation proprement dit, il est important que les deux postulats de base soient respectés, soit 1) lien significatif entre les investissements et la santé psychologique ; 2) lien significatif entre l'engagement et la santé psychologique. Tout d'abord, un lien positif modéré est obtenu entre l'engagement de continuité (sacrifice perçu) et la santé psychologique, alors qu'un lien négatif modéré est constaté pour l'engagement de continuité (manque d'alternatives). Les quelques études recensées sur les liens entre l'engagement de continuité et la santé psychologique (Meyer et al., 2002) n'évaluent pas de manière distincte les deux sous-dimensions de l'engagement de continuité. Ces deux sous-dimensions ont pourtant des liens distincts avec différentes variables résultantes, telle l'intention de départ (Powell et Meyer, 2004). La présente étude innove donc en faisant ressortir des liens distinctifs entre les deux dimensions de continuité de l'engagement (positif pour le sacrifice perçu et négatif pour le manque d'alternatives) et la santé psychologique des infirmières. Ces

résultats peuvent être expliqués par la nature différente de chacune de ces deux sous-dimensions. D'une part, la dimension de continuité (sacrifice perçu) réfère aux coûts liés au fait de perdre des éléments du travail jugés importants. Il est alors plausible que, lorsque l'infirmière aime et valorise plusieurs aspects de son travail, elle vit plus d'émotions positives et elle a une meilleure santé psychologique. D'autre part, la dimension manque d'alternatives réfère aux alternatives d'emploi que l'infirmière pense avoir dans une autre unité de soins. Il est censé que, lorsque l'infirmière perçoit qu'elle a peu d'alternatives d'emploi, elle se sente piégée. Ce sentiment d'être obligée de travailler dans cette unité de soins spécifique peut alors favoriser les émotions négatives et réduire les émotions positives vécues au quotidien, ce qui réduit la santé psychologique globale de l'infirmière.

En ce qui a trait à la dimension affective de l'engagement, la modélisation par équations structurales fait ressortir un lien positif non significatif avec la santé psychologique. Ce résultat, bien que non significatif, va dans le même sens que les résultats des études antérieures. En effet, de manière générale, l'engagement affectif est lié négativement aux indicateurs de détresse psychologique (Bakker et al., 2003 ; Ellis et Miller, 1993 ; Leiter et Maslach, 1988 ; Richardsen et al., 1992) et positivement aux indicateurs de santé psychologique, tel le sentiment d'efficacité personnel et la satisfaction (Meyer et al., 2002 ; Harris et Cameron, 2005). L'explication du résultat non significatif obtenu dans la présente étude peut se retrouver dans le fait qu'un modèle global est testé. Il est plausible que la portion de variance de la santé psychologique expliquée par l'engagement affectif soit absorbée par les autres dimensions d'engagement.

Pour la dimension normative, la modélisation par équations structurales fait ressortir un lien négatif faible avec la santé psychologique. Peu d'études ont été effectuées sur la relation entre l'engagement normatif et la santé psychologique (parfois mesurée par des indicateurs de détresse psychologique) et les résultats de ces études sont mitigés. En outre, l'étude de Bakker et al. (2003) soutient qu'il n'existe aucun lien entre l'engagement normatif et des indicateurs de détresse psychologique alors que l'étude de Tan et Akhtar (1998) obtient des liens positifs entre ces variables. D'autres études utilisent des indicateurs de santé psychologique et obtiennent des liens positifs faibles à modérés (Harris et Cameron, 2005 ; Meyer et al., 2002). Face à ces résultats contradictoires, il est difficile de tirer une conclusion hors de tout doute. D'autres recherches s'avèrent essentielles afin d'établir avec plus de certitude les liens qui existent entre l'engagement normatif et la santé psychologique.

La question de recherche 4 vise à savoir si le lien entre les investissements et la santé psychologique est médiatisé par l'engagement de continuité (sacrifice perçu). Les résultats de l'étude indiquent que, lorsque l'engagement envers l'unité de soins est contrôlé, la relation entre les investissements et la santé psychologique n'est pas significative. Ainsi, il s'avère que la relation existant entre les investissements et la santé psychologique est complètement médiatisée par l'engagement de continuité (sacrifice perçu) envers l'unité de soins. La théorie de Becker (1960) soutient que lorsque l'employé fait des investissements, il perçoit plus de coûts liés au fait de cesser une ligne d'action. À partir de cet élément théorique, il est plausible que l'employé qui valorise plusieurs aspects de son travail, vive plus d'émotions positives et moins d'émotions négatives. Cet employé, qui a des investissements dans le cadre de son travail, c'est-à-dire des éléments du travail qui ont de l'importance pour lui, devrait alors avoir une meilleure santé psychologique. Toutefois, à ce jour, aucune étude

empirique n'a évalué le rôle de l'engagement de continuité (sacrifice perçu) dans la relation entre les investissements et la santé psychologique, il s'avère donc important que d'autres études soient menées afin de répliquer les résultats de la présente étude.

La question de recherche 5 réfère au rôle de l'engagement de continuité (manque d'alternatives) dans la prédiction du lien entre les investissements et la santé psychologique. Aucun lien de médiation n'est obtenu. Ce résultat va dans le même sens que la théorie de Becker (1960) qui ne fait pas référence au rôle de l'engagement de continuité (manque d'alternatives), mais qui insiste plutôt sur la notion de coût perçu relative à la dimension de continuité (sacrifice perçu). De surcroît, aucune étude empirique n'a été effectuée sur le sujet. Il serait important d'effectuer d'autres études afin de fournir un appui supplémentaire aux résultats obtenus.

La question de recherche 6 veut savoir si le lien entre les investissements et la santé psychologique est médiatisé par l'engagement affectif. Les résultats n'indiquent aucun lien de médiation pour cette dimension de l'engagement envers l'unité de soins. La documentation fait état de quelques recherches empiriques ayant évalué le rôle de l'engagement dans la prédiction du lien entre les ressources en emploi et la santé psychologique. De manière spécifique, une étude de Ellis et Miller (1993) indique que le lien entre une ressource (le fait d'avoir le contrôle dans le cadre de son travail) et l'épuisement émotionnel est médiatisé par l'engagement affectif. Dans le même ordre d'idées, une étude de Teo et Waters (2002) rapporte que l'engagement affectif est une variable médiatrice de la relation entre la perception d'un environnement supportant et le niveau de tension vocationnelle et interpersonnelle. Les résultats contradictoires entre les résultats de la présente étude et ceux des études antérieures peuvent être expliqués par la relation élevée obtenue entre l'engagement affectif et l'engagement de

continuité (sacrifice perçu). Il se peut que l'engagement de continuité (sacrifice perçu) ait absorbé une partie de la variance de l'engagement affectif, ce qui expliquerait l'absence d'effet de médiation de l'engagement affectif.

La question de recherche 7 demande si le lien entre les investissements et la santé psychologique est médiatisé par l'engagement normatif. Aucun lien de médiation n'est obtenu. Une fois de plus, la théorie de Becker (1960) ne mentionne aucunement l'apport de l'engagement normatif en ce qui a trait au lien entre les investissements et la santé psychologique. En ce qui a trait à l'aspect empirique, aucune étude ne traite de ce sujet. Des études futures seraient utiles afin de s'assurer que les résultats de la présente étude sont généralisables.

3.3.3 Apports clé de la présente recherche

Un premier apport important de la présente recherche se retrouve au niveau de la conceptualisation des investissements. Cette recherche propose une définition intégrée des investissements qui est basée sur la théorie originale de Becker (1960) ainsi que sur les caractéristiques relatives au construit d'investissement de cette théorie. La définition proposée soutient que les investissements sont des bénéfices reliés au travail qui ont de la valeur pour l'individu et qu'il ne voudrait pas perdre. A partir de cette définition, il a été possible d'effectuer une opérationnalisation de l'ensemble des facteurs d'investissement qui se rapporte au monde infirmier.

Un deuxième apport provient de la création d'un instrument de mesure des investissements qui cerne l'ensemble des investissements des infirmières du Réseau québécois de la santé. Au total, sept facteurs d'investissements, qui correspondent à des objets réels, concrets et modifiables du travail, sont obtenus: les conditions de travail,

les avantages liés à l'ancienneté, le service au patient, les relations avec les collègues, la reconnaissance du superviseur, le travail quotidien et l'expertise. Parmi les facteurs d'investissement qui ressortent de la présente étude, plusieurs ont un caractère social (ex. service au patient, relations avec les collègues et reconnaissance du superviseur). Ce constat s'avère relativement normal, compte tenu du milieu dans lequel la présente recherche a été menée. En effet, la pratique infirmière est très liée aux soins donnés aux patients, ce qui confère de facto un caractère social au travail de l'infirmière.

Un troisième apport se situe au niveau de la vérification du modèle théorique des investissements. Les résultats de la présente étude mettent en évidence que le modèle théorique des investissements de la présente étude obtient un meilleur ajustement aux données que les deux autres modèles théoriques auxquels il est comparé.

Un quatrième apport se situe au niveau des relations obtenues entre les investissements et l'intention de départ. De manière précise, les résultats corrélationnels de la présente recherche font ressortir des liens faibles entre les investissements et l'intention de départ. Toutefois, les investissements deviennent des éléments de prédiction lorsque la relation entre ces derniers et l'intention de départ est médiatisée par l'engagement de continuité (sacrifice perçu). Ainsi, les investissements sont liés à l'engagement de continuité (sacrifice perçu), et cette dimension d'engagement influence ensuite l'intention de départ. Ces objets d'investissement s'avèrent dès lors être des leviers sur lesquels il est possible d'agir, afin de favoriser la rétention des infirmières.

Un cinquième apport se réfère aux relations entre les investissements et la santé psychologique des infirmières. La présente recherche met en évidence des liens corrélationnels positifs faibles entre les investissements et la santé psychologique. De

plus, les résultats indiquent que les investissements deviennent des éléments de prédiction lorsque la relation entre ces derniers et la santé psychologique est médiatisée par l'engagement de continuité (sacrifice perçu). Ainsi, le fait d'avoir plusieurs bénéfices qui ont de la valeur et qu'on ne veut pas perdre dans le cadre d'un emploi est lié à l'engagement de continuité (sacrifice perçu), qui en retour a un effet positif sur la santé psychologique de l'infirmière. Il s'avère dès lors possible d'agir sur les investissements afin de favoriser la santé psychologique des infirmières.

Un sixième apport se retrouve au niveau des liens obtenus entre les investissements et l'engagement de continuité (manque d'alternatives). La présente étude met en évidence que les liens entre les investissements et les deux sous-dimensions de l'engagement de continuité (sacrifice perçu et manque d'alternatives) sont très différents. Le lien obtenu par équations structurelles entre les investissements et l'engagement de continuité (manque d'alternatives) n'est pas significatif et les relations entre les investissements et les résultantes (intention de départ et santé psychologique) ne sont pas médiatisées par l'engagement de continuité (manque d'alternatives). Cette recherche met en évidence que l'engagement de continuité (sacrifice perçu) et l'engagement de continuité (manque d'alternatives) ont des processus de développement distinct et ont un impact différent sur les résultantes. Face à ces résultats, il semble que l'engagement de continuité (manque d'alternatives) ne joue pas un rôle d'importance en regard des investissements. Ce constat est un apport original de la présente recherche, puisque la majorité des études empiriques menées sur le sujet ne font pas la distinction entre les deux sous-dimensions de l'engagement de continuité.

Un septième apport se situe au niveau des liens entre les investissements et l'engagement affectif qui s'avèrent plus élevés que ceux entre les investissements et

l'engagement de continuité (sacrifice perçu). Bien que l'engagement affectif semble jouer un rôle important en regard des investissements, lorsqu'il est question de médiation, il ressort que la relation entre les investissements et les résultantes (intention de départ et santé psychologique) est complètement médiatisée par une seule dimension d'engagement, soit la dimension de continuité (sacrifice perçu). Ce résultat fournit un appui à la théorie originale de Becker (1960) qui met en lien les investissements, une forme d'engagement qui a donné lieu à la dimension engagement de continuité (sacrifice perçu) et le départ volontaire. Une autre explication pourrait se retrouver au niveau des liens élevés entre l'engagement affectif et l'engagement de continuité (sacrifice perçu). En regard du lien de médiation, il se peut que la portion de variance des investissements expliquée par l'engagement affectif soit alors assimilée par l'engagement de continuité (sacrifice perçu).

En somme, les résultats de la présente recherche apportent un support à la notion de multidimensionnalité des investissements, au modèle théorique proposé ainsi qu'à plusieurs liens postulés entre les différentes variables à l'étude. Toutefois, la majorité des questions de recherche s'avèrent infirmées, aucun lien de médiation (investissement et intention de départ ; investissement et santé psychologique) n'ayant été obtenu pour les dimensions de continuité (manque d'alternatives), affective et normative de l'engagement envers l'unité de soins.

Conclusion

La présente recherche visait à approfondir le niveau de connaissances relatif au construit d'investissement et ce, tant au niveau de la conceptualisation, de l'opérationnalisation que du réseau nomologique de ce construit. Pour ce faire, une population spécifique pour laquelle le construit d'investissement a une importance particulière, a été retenue, soit les infirmières du Réseau québécois de la Santé. En effet, la rétention des infirmières est une problématique réelle et actuelle à laquelle les gestionnaires du milieu de la santé sont confrontés quotidiennement. Dans cette optique, le construit d'investissement permet de cibler les éléments concrets sur lesquels les gestionnaires peuvent agir afin de retenir leurs infirmières et de favoriser la santé psychologique de ces dernières. La pertinence au niveau social et scientifique de la présente étude est donc assurée par le choix de cette population, les objets d'investissement s'avérant des leviers d'intervention efficaces en regard du problème de la rétention des infirmières.

Bilan des résultats de l'étude

A l'origine, la présente recherche poursuivait deux objectifs. Le premier objectif était de définir les investissements et de préciser la structure factorielle du concept. Le deuxième objectif était d'effectuer la validation d'un modèle théorique des investissements chez un échantillon d'infirmières du Réseau québécois de la santé a) en établissant la capacité prévisionnelle des investissements en regard de l'intention de départ et de la santé psychologique ; b) en vérifiant si la relation entre d'une part les investissements et d'autre part l'intention de départ et la santé psychologique est médiatisée par l'engagement envers l'unité de soins. Les paragraphes qui suivent visent à effectuer le bilan des résultats obtenus tout en associant ces résultats au milieu dans lequel ils ont été obtenus, soit le Réseau québécois de la santé et des services sociaux.

Cadre conceptuel de la thèse

Le premier chapitre de cette thèse présente les résultats de la recension de la documentation relative aux investissements. Ce chapitre, qui joue le rôle de corps théorique, décrit de manière détaillée la théorie de Becker (1960) qui est à l'origine du concept d'investissement. On y retrouve les caractéristiques du concept, les différents facteurs d'investissement proposés dans la documentation et une définition intégrée des investissements. En ce sens, un des apports novateurs de cette recherche se retrouve au niveau de la proposition d'une définition intégrée des investissements ainsi que de la prise en compte de l'ensemble des facteurs d'investissement qui sous-tendent le construit.

Développement de l'instrument de mesure des investissements

Le deuxième chapitre de cette thèse présente la méthodologie ainsi que les résultats et l'interprétation des entretiens menés auprès de dix-sept infirmières. Ces entretiens ont été menés dans l'optique de cerner la réalité du monde infirmier et de faire ressortir les aspects du travail qui ont de l'importance et de la valeur pour ces dernières. Ultiment, l'objectif était de créer un questionnaire d'investissement qui couvre l'ensemble des aspects du travail valorisés par l'infirmière. Cette étude terrain préalable à la création du questionnaire devait être rigoureuse. Il s'avérait de la prime importance de poser les bonnes questions pour faire ressortir tous les aspects importants pour l'infirmière et non pas seulement les éléments déjà présents dans la documentation sur les investissements. Les résultats les plus intéressants de ce chapitre se situent au niveau des différents facteurs d'investissement qui ressortent du discours des infirmières. En effet, ces dernières relatent les différents éléments de leur travail qui ont de l'importance pour elles et qu'elles ne voudraient pas perdre, ce qui met en évidence plusieurs aspects nouveaux qui sont peu ou pas présents dans la documentation relative

aux investissements, notamment les aspects qui ont trait aux relations sociales et au travail quotidien. Ces résultats qualitatifs, ont mené à la création d'un instrument de mesure des investissements qui a fait l'objet de deux pré-tests et d'une pré-expérimentation (chapitre 2) qui visaient à s'assurer que la consigne et l'échelle de mesure étaient claires et que le questionnaire possédait de bonnes propriétés psychométriques. Par la suite, une étude quantitative visant la validation du questionnaire a été menée auprès d'infirmières du Réseau québécois de la santé.

Validation du modèle théorique des investissements

Le questionnaire élaboré spécifiquement pour cerner l'ensemble des facteurs d'investissement de la réalité de l'infirmière, la dernière étape de cette recherche consistait à effectuer la validation du modèle théorique des investissements et ainsi établir les liens avec l'engagement envers l'unité de soins, l'intention de départ et la santé psychologique. Pour ce faire, un échantillon de 334 infirmières provenant de différents établissements de santé du Réseau québécois de la santé a été recueilli (CH, CLSC et CHSLD). A la lumière de la problématique de pénurie d'infirmières vécue dans le Réseau québécois de la santé, les résultats de la présente étude fournissent de nouvelles pistes de réflexion.

Dans l'ensemble, les résultats de la présente étude montrent que le concept d'investissement est une variable clé liée à la continuité de la ligne d'action des infirmières, c'est-à-dire au fait qu'elles conservent leur emploi au sein de l'unité de soins, ainsi qu'à leur santé psychologique. En premier lieu, les résultats de cette étude font ressortir sept facteurs d'investissement, soit les conditions de travail, les avantages liés à l'ancienneté, le service au patient, la reconnaissance du superviseur, les relations avec les collègues, le travail quotidien et l'expertise. En deuxième lieu, les résultats

mettent en évidence que le modèle théorique des investissements proposé dans la présente étude obtient un meilleur ajustement aux données que les modèles alternatifs. De manière spécifique, les résultats montrent que les investissements entretiennent des liens positifs faibles avec certaines dimensions de l'engagement envers l'unité de soins (affectif, et de continuité sacrifice perçu) et avec la santé psychologique ainsi que des liens négatifs faibles avec l'intention de départ. De plus, la relation entre les investissements et les variables résultantes (intention de départ et santé psychologique) est médiatisée par l'engagement de continuité (sacrifice perçu).

Limites et recherches futures

La présente étude fournit un nouvel éclairage tant au niveau du construit des investissements qu'au niveau des relations qu'entretiennent les investissements avec l'engagement envers l'unité de soin, l'intention de départ et la santé psychologique. Néanmoins, cette étude comporte certaines limites qui doivent être considérées dans l'interprétation des résultats et qui peuvent être palliées par la réalisation de recherches futures.

En premier lieu, une limite de cette étude est que seule la perception de l'employé a été mesurée et ce, pour les différentes variables à l'étude. Le biais de variance commune n'est pas minimisé (Podsakoff et Organ, 1986), ce qui peut entraîner une hausse de la taille des corrélations obtenues. Afin de pallier cette lacune, il serait intéressant de voir comment les perceptions des employés se rattachent à des mesures objectives. Par exemple, il serait intéressant de mesurer le départ réel des employés. Cette mesure plus objective permettrait de savoir avec plus de certitude si le lien entre les investissements, l'intention de départ et la santé psychologique est médiatisé par l'engagement.

En deuxième lieu, les données corrélationnelles de cette étude ne permettent pas de faire des inférences sur la causalité des relations entre les variables à l'étude. Il serait intéressant que des recherches longitudinales soient effectuées dans le futur. Ces études permettraient de voir l'évolution des différents facteurs d'investissement dans le temps et de vérifier de manière plus certaine la direction des liens entre les investissements, l'engagement, l'intention de départ et la santé psychologique. En outre, il pourrait être pertinent d'évaluer l'impact de l'altération de différents objets d'investissement valorisés dans le temps (ex. possibilités d'avancement), sur les différentes formes d'engagement, sur l'intention de départ et la santé psychologique de l'employé (Powell et Meyer, 2004).

En troisième lieu, il appert qu'un facteur d'investissement devrait faire l'objet de plus amples recherches. En effet, il ressort de la modélisation par équations structurales que le facteur « avantages liés à l'ancienneté » est un peu moins lié au construit latent d'investissement que les autres facteurs. Il est alors possible de penser que ce facteur est un moins bon indicateur du construit d'investissement. Les recherches futures devraient répliquer les résultats de la présente étude afin de s'assurer que le facteur « avantages liés à l'ancienneté » a bel et bien un apport distinct et qu'il est un bon indicateur du construit d'investissement.

En quatrième lieu, il serait possible d'améliorer la compréhension des liens existants entre les investissements, l'engagement, l'intention de départ et la santé psychologique en effectuant des recherches qui incluent un ensemble plus complet de variables. Dans cette optique, il s'avère pertinent d'identifier d'autres variables qui peuvent potentiellement jouer un rôle de variable modératrice des liens entre les investissements et l'intention de départ/la santé psychologique. Intuitivement, il semble que la variable

socio-démographique d'ancienneté pourrait permettre de mieux comprendre le rôle des investissements. Il semble plausible que certains facteurs d'investissement prennent plus d'importance en fonction de l'ancienneté de l'infirmière au sein de son unité de soins. Par exemple, il est possible que l'infirmière qui arrive en poste perçoive plusieurs investissements, la phrase « tout nouveau, tout beau » s'appliquerait alors à l'évaluation des investissements de cette dernière. Toutefois, lorsqu'elle acquiert de l'expérience, l'infirmière prend conscience des réalités de son emploi, ce qui peut avoir un impact négatif sur les investissements perçus. En fin de carrière, l'infirmière qui cumule de nombreuses années de service au sein de la même unité de soins a, pour sa part, accumulé plusieurs investissements au fil des ans. Des recherches futures pourraient tenter de vérifier le rôle modérateur de l'ancienneté et de mettre à jour cette relation qui n'a jamais été testée auparavant.

En cinquième lieu, la présente étude indique que la relation entre les investissements (facteur de deuxième ordre) et les variables résultantes (intention de départ et la santé psychologique) est médiatisée par l'engagement de continuité (sacrifice perçu). Toutefois, la présente étude ne fournit aucun résultat à savoir si le lien entre chaque facteur d'investissement et les variables résultantes est médiatisé par les dimensions de l'engagement envers l'unité de soins. Des études futures pourraient être réalisées, afin d'approfondir la compréhension des liens entre les facteurs d'investissement et les variables résultantes. De plus, comme la santé psychologique est évaluée par un facteur de deuxième ordre dans la présente étude, des études futures pourraient établir si le lien entre les différents facteurs d'investissement et les deux dimensions de la santé psychologique (bien-être et détresse psychologique) est médiatisé par l'engagement envers l'unité de soins.

En sixième lieu, la présente étude met l'accent sur l'unité de soins. L'infirmière répond donc au questionnaire en fonction de ce qu'elle connaît et de ce qu'elle vit au quotidien. Il est alors plus facile pour l'infirmière de répondre adéquatement au questionnaire, puisqu'il est question d'aspects du travail proximaux. Cette recherche ne fournit par contre aucune information quant aux investissements liés à l'organisation. Des recherches futures effectuées dans le milieu de la santé, pourraient porter plus spécifiquement sur les investissements envers l'organisation (ex. CSSS). Ce type d'étude permettrait de voir si les différents facteurs d'investissement sont similaires lorsqu'il est question d'une unité proximale ou d'une organisation dans son ensemble.

En septième lieu, les résultats de la présente étude peuvent être généralisés à des infirmières qui travaillent dans un milieu de santé parapublic urbain. Ces résultats ne sont toutefois pas applicables aux infirmières qui travaillent en région, puisque la réalité de ces dernières diffère de celle en milieu urbain. Il est fort probable que les objets d'investissement des infirmières en région diffèrent de ceux des infirmières qui travaillent en milieu urbain. Par exemple, en région, il est plausible que le « milieu de vie », c'est-à-dire la communauté, soit un objet d'investissement important. La réplique des résultats de cette étude auprès d'infirmières qui travaillent en région permettrait alors de faire sortir de nouveaux objets d'investissement, ce qui permettrait de généraliser les résultats à une population plus étendue d'infirmières.

En huitième lieu, les résultats de la présente étude ne peuvent être généralisés qu'à une population infirmière. Il serait également important de répliquer cette recherche dans d'autres milieux organisationnels où le taux de roulement est élevé et où la rétention des employés est un enjeu important. En effet, ce type de milieu est très intéressant pour étudier les investissements, puisque la notion de pertes et de coûts liés au départ

est plus présente chez ces employés. Ces recherches permettraient de fournir un appui supplémentaire à la notion de multidimensionnalité du construit d'investissement et aux différents facteurs qui sous-tendent ce construit.

Implications pratiques

La présente recherche a des retombées au niveau de la pratique, et plus particulièrement de la mise en œuvre d'actions concrètes dans le milieu de la santé. Ces implications pratiques sont décrites dans la section qui suit et portent principalement sur trois thèmes, soit le diagnostic, l'attraction/rétention et l'enlignement des pratiques de gestion.

Une première implication pratique se retrouve au niveau du diagnostic. Le questionnaire des investissements créé dans le cadre de la présente étude peut servir d'outil pour savoir si les objets d'investissement sont présents dans le cadre du travail des infirmières et si ces objets sont importants pour les infirmières. Cette évaluation permet aux infirmières de prendre conscience des investissements qu'elles ont effectués et des éléments de leur travail qu'elles peuvent perdre en quittant leur unité de soins. Outre la prise de conscience, cet outil permet au gestionnaire de cibler les objets d'investissement qui sont moins présents ou dont les infirmières ont moins conscience. Le gestionnaire pourra alors agir sur les leviers que sont les investissements et entreprendre des actions pour assurer la rétention des infirmières et leur santé psychologique au travail.

Une deuxième implication pratique se rapporte à l'attraction et à la rétention des infirmières. En fait, l'outil créé pourrait être utilisé pour cerner les besoins et les attentes des étudiantes en soins infirmiers qui intégreront le marché du travail dans les

prochaines années. Cette évaluation permettrait de savoir quels sont les objets d'investissement les plus importants pour les finissantes dans le domaine. Le gestionnaire pourrait alors utiliser ces leviers pour mettre en place des conditions favorables qui incitent les infirmières récemment diplômées à rejoindre leur équipe et à demeurer au sein de cette dernière.

Une troisième implication pratique se rapporte à l'enlignement des pratiques de gestion. Les résultats de la présente étude indiquent que plusieurs facteurs d'investissement qui corrént avec l'engagement de continuité (sacrifice perçu) corrént également avec l'engagement affectif et l'engagement normatif. Ainsi, les pratiques de gestion mises en place pour favoriser l'engagement affectif (Powell et Meyer, 2004) et/ou l'engagement normatif pourraient également avoir un impact positif sur le développement de l'engagement de continuité (sacrifice perçu). Selon Powell et Meyer (2004), le mécanisme qui sous-tend les différentes résultantes au niveau de l'engagement provient des perceptions de l'employé qui effectue une attribution lors de l'introduction d'une pratique de gestion. Par exemple, lorsqu'une direction implante une pratique de gestion visant l'implication des employés, elle souhaite mettre en place un mécanisme par lequel les compétences des employés sont mises à profit (ex. autonomie) (Fabi, Martin et Valois, 1999). Ce mécanisme peut être évalué de différentes manières par l'employé : a) l'employé peut percevoir que son jugement et sa contribution sont reconnus par l'organisation, ce qui favorise son niveau d'engagement affectif, b) l'employé peut estimer qu'il a une obligation envers son employeur, puisqu'il a obtenu un bénéfice recherché (ce qui favorise l'engagement normatif), c) l'employé peut également percevoir cette pratique comme un investissement qui rend plus coûteux le départ volontaire (engagement de continuité sous-dimension sacrifice perçu). En ce sens, il s'avère important pour les organisations d'évaluer leurs pratiques

de gestion afin de déterminer quelle forme d'engagement ils veulent favoriser (Powell et Meyer, 2004).

Rétrospective

La section qui suit vise à présenter les différentes étapes de mon cheminement tout au long de cette quête, qu'a été la réalisation de ma thèse de doctorat. Les principales étapes de la thèse sont présentées en ordre chronologique.

Développement du projet de recherche

Au début de mes études doctorales, je me suis intéressée à l'engagement des employés envers leur organisation. Mes lectures m'ont amené à faire l'inventaire des différentes variables prévisionnelles de l'engagement et à préciser leur apport spécifique au niveau des pratiques de gestion. Cet intérêt initial, m'a amené à constater que le construit d'engagement comporte plusieurs dimensions et que certaines lacunes de la documentation persistaient au niveau de l'engagement normatif et de l'engagement de continuité. Plus particulièrement, la dimension qui a retenu mon intérêt était la dimension de continuité, puisque aucune variable prévisionnelle spécifique et bien établie ne ressortait de la documentation. En fait, un très petit nombre d'études tant empiriques que théoriques avaient été effectuées sur les variables prévisionnelles de l'engagement de continuité. Des mois de lecture et de discussions avec mes codirecteurs de recherche m'ont amené à cibler une variable prévisionnelle spécifique de l'engagement de continuité qui demeurait peu connue et pourtant qui était susceptible d'avoir un impact social important. Cette variable, retrouvée sous le terme de « *side-bet* », n'était alors pas définie et les différents facteurs d'investissement qui sous-tendent le construit demeuraient peu connus. A partir de ces constats, l'étape qui a suivi était de cibler les hypothèses ainsi que les objectifs de la présente recherche.

Également, cette étape visait l'élaboration d'une méthodologie rigoureuse qui permette de cerner l'ensemble des facteurs d'investissement et d'approfondir les liens avec les variables résultantes. Un choix crucial au cours de ce processus, a été celui de la population visée par l'étude. En effet, il était très important de cibler une population pour laquelle les investissements, un concept lié à la constance de la ligne d'action, étaient pertinents. Le contexte socio-économique actuel, nous a incité à choisir d'effectuer cette recherche auprès des infirmières. En effet, la pénurie d'infirmières au sein du Réseau québécois de la santé est une problématique actuelle qui nécessite de trouver des solutions pertinentes qui incitent les infirmières à demeurer en emploi. Dans cette optique, le concept d'investissement s'avérait tout à fait pertinent et ce, tant au niveau social qu'au niveau de l'approfondissement des connaissances.

Développement du questionnaire

Aucun questionnaire ne permettait à ce jour d'évaluer de manière adéquate l'ensemble des facteurs d'investissement qui sous-tendent le construit. Ce faisant, un questionnaire d'investissement a été créé dans le cadre de cette recherche sur la base d'entrevues effectuées auprès d'infirmières, d'écrits théoriques et de questionnaires existants. Le recrutement d'infirmières constituait alors une étape charnière afin de mener à terme le projet. En effet, la difficulté consistait à trouver une vingtaine d'infirmières qui acceptent de participer à une entrevue d'environ 1 heure. Au total, 17 infirmières ont accepté de participer à la recherche. Suite à ces entrevues, des analyses qualitatives ont été réalisées afin de faire ressortir tous les facteurs d'investissement présents dans le discours des infirmières. Ces analyses ont mené à la construction d'un questionnaire de 52 items relatifs aux investissements. Deux pré-tests ainsi qu'une pré-expérimentation ont permis d'apporter les modifications requises au questionnaire afin d'en assurer les

propriétés psychométriques, par exemple, la clarté de la consigne et de l'échelle ainsi que la fidélité du questionnaire.

Au cours de cette étape, j'ai particulièrement apprécié la portion des entrevues effectuées auprès des infirmières. Il m'a été très agréable de pouvoir discuter avec elles de leur vécu quotidien comme infirmière et d'aller chercher les informations relatives aux investissements que je souhaitais obtenir. La portion d'analyse qualitative a toutefois été quelque peu fastidieuse. Menée grâce au logiciel N'Vivo, cette portion du travail requérait une analyse très détaillée des propos parfois ambigus des participants qui s'est terminée par la création d'un questionnaire sur les investissements ainsi que d'une directive claire et concise.

Cueillette de données auprès d'établissements de santé

Un des défis majeur lié à la réalisation de cette thèse a été retrouvé au niveau du recrutement des sites d'expérimentation. La recherche étant effectuée auprès d'infirmières, quatre établissements (Centre de santé et de services sociaux, centres hospitaliers) de santé ont été contactés. Afin de susciter l'intérêt pour cette recherche, certains documents promotionnels étaient remis à la direction de ces établissements. La documentation remise comportait une lettre de présentation du projet, un exemple de rapport, un exemple de formulaire de consentement. De plus, un rapport comportant une évaluation des investissements, de l'engagement envers l'unité de soins, de l'intention de départ et de la santé psychologique des infirmières de chacun des établissements participants ainsi qu'un rapport global de l'ensemble des établissements ayant participé à l'étude étaient remis aux directions des soins infirmiers. Aussi, un formulaire de consentement qui autorisait la transmission des résultats globaux à la direction devait être signé par les participants. Il est à noter que ce formulaire avait été

évalué et approuvé par le comité d'éthique de chaque établissement de santé. À partir de ces documents et d'une brève présentation auprès de la direction, des réponses positives ont été obtenues de la part de trois établissements de santé. Dans chacun de ces établissements, une personne-ressource a assuré la coordination de la passation. De manière générale, les questionnaires étaient remis aux infirmières par l'intermédiaire de cette personne-ressource, puis les infirmières retournaient les questionnaires à cette dernière. Cette étape a duré douze mois et a permis de cumuler les questionnaires de 334 infirmières.

La réalisation de cette portion de la thèse a été une étape longue et exigeante, mais également une opportunité pour moi de relever de grands défis. Les établissements de santé étant souvent sollicités pour participer à des études, il me fallait démontrer l'apport réel de ma recherche, c'est-à-dire en quoi ma recherche pouvait leur permettre de répondre à leurs besoins actuels. Pour les besoins de cette cause, il m'a donc fallu changer la perspective de ma thèse, pour adopter une orientation qui parle aux gestionnaires. De fait, la recherche proposée leur permettait de mieux cerner les leviers dont ils disposent afin d'inciter les infirmières à conserver leur emploi. Bien que la présente recherche ne visait pas à décrire des pratiques de gestion, les investissements fournissent des indices aux gestionnaires en faisant ressortir les aspects du travail qui sont valorisés par l'infirmière. Il est alors possible pour les gestionnaires du Réseau de la santé de faire l'arrimage entre les connaissances qui ressortent de cette étude et les pratiques de gestion qu'ils souhaitent mettre en place. Également, la présentation des rapports aux établissements a été une occasion d'apprendre à vulgariser les résultats de ma recherche de manière à ce que les gestionnaires puissent transférer et appliquer ces connaissances à leurs préoccupations actuelles au niveau de la rétention des infirmières.

Analyses des données et interprétation des résultats

L'analyse des données a été un moment très excitant de ma thèse. Cette portion du travail me permettait enfin de vérifier mes hypothèses de départ. Pour ce faire, l'examen préliminaire des données a été suivi d'analyses factorielles exploratoires et confirmatoires, d'analyses corrélationnelles et d'une modélisation par équations structurales. Toutes ces étapes ont été effectuées avec rigueur afin d'assurer la qualité des résultats. Pour sa part, l'interprétation des données a été une période de réflexions très stimulante qui m'a permis d'aller au-delà des hypothèses de départ de ma recherche.

Contributions

En somme, cette thèse de doctorat contribue à l'avancement des connaissances et offre certaines pistes de réflexion pour les gestionnaires du Réseau québécois de la santé. D'un côté, cette thèse contribue à fournir un appui à la théorie originale de Becker (1960). En ce sens, cette recherche apporte plusieurs éléments nouveaux au champ de recherche sur les investissements : 1) la définition du concept ; 2) la structure factorielle des investissements ; 3) la validation d'un modèle théorique des investissements qui inclut a) les liens qui unissent les investissements aux dimensions de l'engagement, à l'intention de départ et à la santé psychologique ; b) la relation entre les investissements et les variables résultantes (intention de départ et santé psychologique) qui est médiatisée par l'engagement de continuité (sacrifice perçu).

D'autre part, cette recherche contribue à identifier des objets d'investissement qui s'avèrent être des leviers d'intervention en regard de la rétention des infirmières et de la promotion de leur santé psychologique. Les objets d'investissement étant des éléments concrets et modifiables, le gestionnaire pourra entreprendre des actions concrètes visant

à faire la promotion des éléments du travail qui ont de la valeur et de l'importance pour les infirmières du Réseau québécois de la santé. De surcroît, le gestionnaire sera en mesure d'identifier les investissements sur lesquels il peut agir pour favoriser autant l'attraction, la rétention que la santé psychologique des infirmières de son milieu. Cette recherche ainsi que les recherches futures liées au domaine des investissements permettront d'offrir un nouvel éclairage sur la problématique de la rétention du personnel.

Références

- Achille, M. A. (2003a). Définir la santé au travail : La base conceptuelle d'un modèle de la santé au travail. Dans R. Foucher, A. Savoie, & L. Brunet (Eds.), Concilier performance organisationnelle et santé psychologique au travail (pp. 65-90). Montréal: Éditions Nouvelles AMS.
- Achille, M. A. (2003b). Définir la santé au travail : Un modèle multidimensionnel des indicateurs de la santé au travail. Dans R. Foucher, A. Savoie, & L. Brunet (Eds.), Concilier performance organisationnelle et santé psychologique au travail (pp. 91-112). Montréal: Éditions Nouvelles AMS.
- Agho, A. O., Mueller, C. W., & Price, J. L. (1993). Determinants of employee job satisfaction: An empirical test of a causal model. Human Relations, 46(8), 1007-1027.
- Allen, N. J., & Meyer, J. P. (1996). Affective, continuance, and normative commitment to the organization: An examination of construct validity. Journal of Vocational Behavior, 49, 252-276.
- Allen, N. J., & Meyer, J. P. (1990). The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization. Journal of Occupational Psychology, 63, 1-18.
- Alutto, J. A., Hrebiniak, L. G., & Alonso, R. C. (1973). On operationalizing the concept of commitment. Social Forces, 51(4), 448-454.
- Angle, H. L., & Perry, J. L. (1981). An empirical assessment of organizational commitment and organizational effectiveness. Administrative Science Quarterly, 26, 1-14.
- Angle, H. L., & Perry, J. L. (1983). Organizational Commitment: Individual and organizational influences. Work and Occupations, 10(2), 123-146.
- Anonyme. (2006). Side-Bet. Consulté le 4 janvier, 2006, de <http://www.answers.com/side-bets>.
- Antonovsky, A. (1979). Health, stress and coping. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Aranya, N., & Jacobson, D. (1975). An empirical study of theories of organizational and occupational commitment. The Journal of Social Psychology, 97, 15-22.
- Arnold, H. J., & Feldman, D. C. (1982). A multivariate analysis of the determinants of job turnover. Journal of Applied Psychology, 67(3), 350-360.
- Bakker, A. B., Demerouti, E., Boer, E., & Schaufeli, W. B. (2003). Job demands and job resources as predictors of absence duration and frequency. Journal of Vocational Behavior, 62, 341-356.

- Bannister, B. D., & Griffeth, R. W. (1986). Applying a causal analytic framework to the Mobley, Horner, and Hollingsworth (1978) turnover model: A useful reexamination. Journal of Management, 12(3), 433-443.
- Baron, R. M. , & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. Journal of Personality and Social Psychology, 51(6), 1173-1182.
- Bartol, K. M. (1979). Professionalism as a predictor of organizational commitment, role stress, and turnover: A multidimensional approach. Academy of Management Journal, 22(4), 815-821.
- Bateman, T. S., & Strasser, S. (1984). A longitudinal analysis of the antecedents of organizational commitment. Academy of Management Journal, 27(1), 95-112.
- Becker, H. S. (1960). Notes on the concept of commitment. The American Journal of Sociology, 66, 32-42.
- Becker, H. S. (1964). Personal change in adult life. Sociometry, 27(1), 40-53.
- Becker, H. S., & Carper, J. W. (1956). The development of identification with an occupation. The American Journal of Sociology, 61(4), 289-298.
- Becker, H. S., & Strauss, A. L. (1956). Careers, personality, and adult socialization. The American Journal of Sociology, 62(3), 253-263.
- Begley, T. M., & Czajka, J. M. (1993). Panel analysis of the moderating effects of commitment on job satisfaction, intent to quit, and health following organizational change. Journal of Applied Psychology, 78(4), 552-556.
- Bentein, K., Vandenberghe, C., & Dulac, T. (2004). Engagement organisationnel de continuité et indicateurs d'efficacité au travail. Revue de gestion des ressources humaines, 53, 69-79.
- Bentein, K., Vandenberghe, C., Vandenberg, R., & Stinglhamber, F. (2005). The Role of Change in the Relationship Between Commitment and Turnover: A Latent Growth Modeling Approach. Journal of Applied Psychology, 90(3), 468-482.
- Bentler, P. M., & Bonett, D. G. (1980). Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. Psychological Bulletin, 88(3), 588-606.
- Bland, W.D. (1981). An empirical study of Becker's side-bet hypothesis as applied to organizational and professional commitment among community college instructors. North Carolina State University, États-Unis.
- Blau, G., & Boal, K. (1989). Using job involvement and organizational commitment interactively to predict turnover. Journal of Management, 15(1), 115-127.
- Bock, P. K. (1967). Three descriptive models of social structure. Philosophy of Science, 34(2), 168-174.

- Carter, A.M. (2002). Investigating the interface of the investment model of interpersonal relationships and adult attachment style. Thèse de doctorat non publiée, Queen's University, Kingston, Canada.
- Centre canadien de santé et sécurité au travail. (2000). Stress en milieu de travail. Consulté le 21 janvier, 2006, de <http://www.cchst.ca/reponsesst/psychosocial/stress.html>.
- Cohen, A. (1993). Age and tenure in relation to organizational commitment: A meta-analysis. Basic and Applied Social Psychology, 14(2), 143-159.
- Cohen, A. (1998). An examination of the relationship between work commitment and work outcomes among hospital nurses. Scandinavian Journal Management, 14(1), 1-17.
- Cohen, A. (1996). On the discriminant validity of the Meyer and Allen measure of organizational commitment: How does it fit with the work commitment construct. Educational and Psychological Measurement, 56(3), 494-503.
- Cohen, A. (2000). The relationship between commitment forms and work outcomes: A comparison of three models. Human Relations, 53(3), 387-417.
- Cohen, A. & Gattiker U.E. (1992). An empirical assessment of organizational commitment using the side-bet theory approach. Relations industrielles, 47(3), 439-461.
- Cohen, A., & Lowenberg, G. (1990). A re-examination of the side-bet theory as applied to organizational commitment: A meta-analysis. Human Relations, 43(10), 1015-1050.
- Compton, W. C., Smith, M. L., Cornish, K. A., & Qualls, D. L. (1996). Factor structure of mental health measures. Journal of Personality and Social Psychology, 71(2), 406-413.
- Cooper-Hakim, A. & Viswesvaran, C. (2005) The construct of work commitment: Testing an integrative framework. Psychological Bulletin, 131(2), 241-259.
- Cordes, C. L., & Dougherty, T. W. (1993). A review and an integration of reserach on job burnout. Academy of Management Review, 18(4), 621-656.
- Cropanzano, R., Rupp, D. E., & Byrne, Z. S. (2003). The relationship of emotional exhaustion to work attitudes, job performance, and organizational citizenship behaviors. Journal of Applied Psychology, 88(1), 160-169.
- Dalessio, A. , Silverman, W. H., & Schuck, J. R. (1986). Paths to turnover: A re-analysis and review of existing data on the Mobley, Horner, and Hollingsworth turnover model. Human Relations, 39(3), 245-263.
- Danna, K. & Griffin, R. W. (1999). Health and well-being in the workplace: A review and synthesis of the literature. Journal of Management, 25(3), 357-384.

- DeCotiis, T. A., & Summers, T. P. (1987). A path analysis of a model of the antecedents and consequences of organizational commitment. Human Relations, 40(7), 445-470.
- Dejours, C. (1995). Comment formuler une problématique de la santé en ergonomie et en médecine du travail. Le Travail Humain, 58(1), 1-16.
- Demoureti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. Journal of Applied Psychology, 86, 499-512.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. Psychological Bulletin, 125(2), 276-302.
- Donald, I., & Siu, O.-L. (2001). Moderating the stress impact of environmental conditions: The effect of organizational commitment in Hong Kong and China. Journal of Environmental Psychology, 21(353-368).
- Duffy, S.M. & Rusbult, C.E. (1986). Satisfaction and commitment in homosexual and heterosexual relationships. Journal of Homosexuality, 12(2), 1-23.
- Dunham, R. B., Grube, J. A., & Castaneda, M. B. (1994). Organizational commitment: The utility of an integrative definition. Journal of Applied Psychology, 79(3), 370-380.
- Drummond, H. & Chell, E. (2001). Life's chances and choices: A study of entrapment in career decisions with reference to Becker's side bets theory. Personnel Review, 30(1-2), 186-202.
- Ellis, B. H. , & Miller, K. I. (1993). The role of assertiveness, personal control, and participation in the prediction of nurse burnout. Journal of Applied Communication, 21(4), 327-342.
- Ellis, B. H. , & Miller, K. I. (1994). Supportive communication among nurses: Effects on commitment, burnout, and retention. Health Communication, 6(2), 77-96.
- Fabi, B., Martin, Y., & Valois, P. (1999). Favoriser l'engagement organisationnel des personnes oeuvrant dans des organisations en transformation: quelques pistes de gestion prometteuses. Gestion, 24(3), 102-113.
- Farrell, D., & Rusbult, C. (1985). Understanding the retention function: A model of the causes of exit, voice, loyalty and neglect behaviors. Personnel Administrator, 30(4), 129-140.
- Farrell, D., & Rusbult, C. E. (1981). Exchange variables as predictors of job satisfaction, job commitment, and turnover: The effects of rewards, costs, alternatives, and investments. Organizational Behavior and Human Performance, 28, 78-95.
- Farrell, D., & Rusbult, C. E. (1992). Exploring the exit, voice, loyalty, and neglect typology: The influence of job satisfaction, quality of alternatives, and investment size. Employee Responsibilities and Rights Journal, 5(3), 201-218.

- Fishbein, M. (1967). Readings in attitude theory and measurement. New York: John Wiley and Sons.
- Galameau, D. (2003). Les professionnels de la santé. Perspective, 75 (001), 15-30.
- Gellatly, I. R. (1995). Individual and group determinants of employee absenteeism: Test of a causal model. Journal of Organizational Behavior, 16, 469-485.
- Goldberger, L. & Breznitz, S. (1993). Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects. New York: The Free Press.
- Griffeth, R. W., & Hom, P. W. (2001). Retaining valued employees. California: Sage Publication Inc.
- Griffeth, R. W., Hom, P. W., & Gaertner, S. (2000). A meta-analysis of antecedents and correlates of employee turnover: Update, moderator tests, and reserach implications for the next millennium. Journal of Management, 26(3), 463-488.
- Griffin, M.L. et Hepburn, J.R.(2005). Side-bets and reciprocity as determinants of organizational commitment among correctional officers. Journal of Criminal Justice, 33(6), 611-625.
- Grusky, O. (1966). Career mobility and organizational commitment. Administrative Science Quarterly, 10, 488-503.
- Haccoun, R. R. (1987). A new technique for verifying the equivalence of translated psychological measures. Revue québécoise de psychologie, 8(3), 30-39.
- Hackett, R. D., Bycio, P., & Hausdorf, P. A. (1994). Further assessments of Meyer and Allen's (1991) three-component model of organizational commitment. Journal of Applied Psychology, 79(1), 15-23.
- Haladyna, T. M. (2004). Developing and validating multiple-choice test items (3e ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Inc.
- Hall, D. T., Schneider, B., & Nygren, H. T. (1970). Personal factors in organizational identification. Administrative Science Quarterly, 15, 176-190.
- Harris, G. E., & Cameron, J. E. (2005). Multiple dimensions of organizational identification and commitment as predictors of turnover intentions and psychological well-being. Canadian Journal of Behavioural Science, 37(3), 159-169.
- Herscovitch, L., & Meyer, J. P. (2002). Commitment to organizational change: Extension of a three-component model. Journal of Applied Psychology, 87(3), 474-487.
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. American Psychologist, 44(3), 513-524.

- Hobfoll, S.E., Johnson, R.J., Ennis, N. & Jackson, A.P. (2003). Resource loss, resource gain, and emotional outcomes among inner city women. Journal of Personality and Social Psychology, 84(3), 632-643.
- Hochwarter, W. A., Kacmar, C., Perrewé, P. L., & Johnson, D. (2003). Perceived organizational support as a mediator of the relationship between politics perceptions and work outcomes. Journal of Vocational Behavior, 63, 438-456.
- Hom, P. W., Caranikas-Walker, F., Prussia, G. E., & Griffeth, R. W. (1992). A meta-analytical structural equations analysis of a model of employee turnover. Journal of Applied Psychology, 77(6), 890-909.
- Hom, P. W., & Griffeth, R. W. (1995). Employee turnover. Ohio: South-Western College Publishing.
- Hom, P. W., & Griffeth, R. W. (1991). Structural equations modeling test of a turnover theory: Cross-sectional and longitudinal analyses. Journal of Applied Psychology, 76(3), 350-366.
- Hom, P. W., Griffeth, R. W., & Sellaro, C. L. (1984). The validity of Mobley's (1977) model of employee turnover. Organizational Behavior and Human Performance, 34, 141-174.
- Howard, A. (1995). The changing nature of work. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Hrebiniak, L. G., & Alutto, J. A. (1972). Personal and role-related factors in the development of organizational commitment. Administrative Science Quarterly, 17(4), 555-573.
- Hu et Bentler. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. Structural Equation Modeling, 6(1), 1-55.
- Huberman, A. M., & Miles, M. B. (1991). Analyse des données qualitatives: recueil de nouvelles méthodes. Bruxelles: Éditions du Renouveau Pédagogique.
- Hulin, C. L., Roznowski, M., & Hachiya, D. (1985). Alternative opportunities and withdrawal decisions: Empirical and theoretical discrepancies and an integration. Psychological Bulletin, 97(2), 233-250.
- Isaksson, K., & Johannson, G. (2003). Managing older employees after downsizing. Scandinavian Journal of Management, 19, 1-15.
- Jackson, S. E., Turner, J. A., & Brief, A. P. (1987). Correlates of burnout among public service lawyers. Journal of Occupational Behavior, 8(4), 339-349.
- Jahoda, M. (1958). Current concepts of positive mental health. Oxford: Basic Books.
- Jaros, S. J. (1997). An assessment of Meyer and Allen's (1991) three-component model of organizational commitment and turnover intentions. Journal of Vocational Behavior, 51, 319-337.

- Jaros, S. J., Jermier, J. M., Koehler, J. W., & Sincich, T. (1993). Effects of continuance, affective, and moral commitment on the withdrawal process: An evaluation of eight structural equation models. Academy of Management Journal, 36(5), 951-995.
- Kalimo, R., Pahkin, K., & Mutanen, P. (2002). Work and personal resources as long-term predictors of well-being. Stress and Health, 18, 227-234.
- Kalliath, T. J., O'Driscoll, M. P., & Gillespie, D. F. (1998). The relationship between burnout and organizational commitment in two samples of health professionals. Work and Stress, 12(2), 179-185.
- Kelley, H. H., & Thibaut, J. W. (1978). Interpersonal relations: A theory of interdependence. New York: Wiley.
- Kiesler, C. A., & Sakumura, J. (1966). A test of a model for commitment. Journal of Personality and Social Psychology, 3(3), 349-353.
- Kleinman, G., Siegel, P., & Eckstein, C. (2002). Teams as a learning forum for accounting professionals. Journal of Management Development, 21(6), 427-460.
- Ko, J.-W., Price, J. L., & Mueller, C. W. (1997). Assessment of Meyer and Allen three component model of organizational commitment in South Korea. Journal of Applied Psychology, 82(6), 961-973.
- Kobasa, S. C. (1982). Commitment and coping in stress resistance among lawyers. Journal of Personality and Social Psychology, 42(4), 707-717.
- Krausz, M., Koslowsky, M., Shalom, N., & Elyakim, N. (1995). Predictors of intentions to leave the ward, the hospital, and the nursing profession: A longitudinal study. Journal of Organizational Behavior, 16, 277-288.
- Krausz, M., Sagie, A., & Bidermann, Y. (2000). Actual and preferred work schedules and scheduling control as determinants of job-related attitudes. Journal of Vocational Behavior, 56, 1-11.
- Lee, K., Allen, N. J., Meyer, J. P., & Rhee, K. Y. (2001). The three-component model of organisational commitment: An application to South Korea. Applied Psychology: An International Review, 50(4), 596-614.
- Lee, R. T., & Ashforth, B. E. (1996). A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. Journal of Applied Psychology, 81(2), 123-133.
- Lee, T. W., & Mitchell, T. R. (1994). An alternative approach: The unfolding model of voluntary employee turnover. Academy of Management Review, 19(1), 51-89.
- Lee, T. W., Mitchell, T. R., Holtom, B. C., McDaniel, L. S., & Hill, J. W. (1999). The unfolding model of voluntary turnover: A replication and extension. Academy of Management Journal, 42(4), 450-462.

- Lee, T.W., Mitchell, T.R., Sablinski, C.J., Burton, J.P. & Holtom, B.C. (2004). The effects of job embeddedness on organizational citizenship, job performance, volitional absences, and voluntary turnover. Academy of Management Journal, 47(5), 711-722.
- Lee, T. W., Mitchell, T. R., Wise, L., & Fireman, S. (1996). An unfolding model of voluntary employee turnover. Academy of Management Journal, 39(1), 5-36.
- Leiter, M. P. (1991). Coping patterns as predictors of burnout: The function of control and escapist coping patterns. Journal of Organizational Behavior, 12, 123-144.
- Leiter, M. P., Clark, D., & Durup, J. (1994). Distinct models of burnout and commitment among men and women in the military. Journal of Applied Behavioral Science, 30(1), 63-82.
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. Journal of Organizational Behavior, 9, 297-308.
- Leong, C. S., Furnham, A., & Cooper, C. L. (1996). The moderating effect of organizational commitment on the occupational stress outcome relationship. Human Relations, 49(10), 1345-1363.
- Lim, V. K. G., & Yuen, E. C. (1998). Doctors, patients, and perceived job image: An empirical study of stress and nurses in Singapore. Journal of Behavioral Medicine, 21(3), 269-282.
- Low, G. S., Cravens, D. W., Grant, K., & Moncrief, W. C. (2001). Antecedents and consequences of salesperson burnout. European Journal of Marketing, 35(5), 587-611.
- Lund, M.E. (1985). The development of investment and commitment scales for predicting continuity of personal relationships. Journal of Social and Personal Relationships, 2, 3-23.
- MacKinnon, D. P., Lockwood, C. M., Hoffman, J. M., West, S. G., & Sheets, V. (2002). A comparison of methods to test mediation and other intervening variable effects. Psychological Methods, 7(1), 83-104.
- March, J. G., & Simon, H. A. (1958). Organizations. New York: John Wiley and Sons, Inc.
- Marshall, J., & Cooper, C. (1979). Work experiences of middle and senior managers: The pressure and satisfactions. International Management Review, 19, 81-96.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. Annual Review of Psychology, 52, 397-422.
- Massé, R., Poulin, C., Dassa, C., Lambert, J., Bélair, S., & Battaglini, A. (1998a). The structure of mental health: Higher-order confirmatory factor analyses of psychological distress and well-being measures. Social Indicators Research, 45, 475-504.

- Massé, R., Poulin, C., Dassa, C., Lambert, J., Bélair, S., & Battaglini, A. (1998b). Élaboration et validation d'un outil de mesure de la détresse psychologique dans une population non clinique de québécois francophones. Canadian Journal of Public Health, 89 (3), 183-187.
- Massé, R., Poulin, C., Dassa, C., Lambert, J., Bélair, S., & Battaglini, M. A. (1998c). Élaboration et validation d'un outil de mesure du bien-être psychologique: L'ÉMMBEP. Revue Canadienne De Santé Publique, 89(5), 352-357.
- Mathieu, J. E., & Zajac, D. M. (1990). A review and meta-analysis of the antecedents, correlates, and consequences of organizational commitment. Psychological Bulletin, 108(2), 171-194.
- Mayer, R. C., & Schoorman, F. D. (1992). Predicting participation and production outcomes through a two-dimensional model of organizational commitment. Academy of Management Journal, 35(3).
- McGee, G. W., & Ford, R. C. (1987). Two (or more?) dimensions of organizational commitment: Reexamination of the affective and continuance commitment scales. Journal of Applied Psychology, 72(4), 638-642.
- McNeilly, K. M., & Russ, F. A. (1992). The moderating effect of sales force performance on relationships involving antecedents of turnover. The Journal of Personal Selling and Sales Management, 12(1), 9-20.
- Medsker, G. J., Williams, L. J., & Holahan, P. J. (1994). A review of current practices for evaluating causal models in organizational behavior and human resources management research. Journal of Management, 20(2), 439-464.
- Mellor, S., Mathieu, J. E., Barnes-Farrell, J. L., & Rogelberg, S. G. (2001). Employee's nonwork obligations and organizational commitments: A new way to look at the relationships. Human Resource Management, 40(2), 171-185.
- Meltzer, H. , & Ludwig, D. (1971). Age differences in positive mental health of workers. Journal of Genetic Psychology, 119(2), 163-173.
- Meyer, J. P., & Allen, N. J. (1997). Commitment in the workplace: Theory, research and application. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Meyer, J. P., & Allen, N. J. (1984). Testing the "side-bet theory" of organizational commitment: Some methodological considerations. Journal of Applied Psychology, 69(3), 372-378.
- Meyer, J. P., & Allen, N. J. (1991). A three-component conceptualization of organizational commitment. Human Resource Management Review, 1(1), 61-89.
- Meyer, J. P., Allen, N. J., & Gellatly, I. R. (1990). Affective and continuance commitment to the organization: Evaluation of measures and analysis of concurrent and time-lagged relations. Journal of Applied Psychology, 75(6), 710-720.

- Meyer, J. P., Allen, N. J., & Smith, C. A. (1993). Commitment to organizations and occupations: Extension and test of a three-component conceptualization. Journal of Applied Psychology, 78(4), 538-551.
- Meyer, J. P., Bobocel, D. R., & Allen, N. J. (1991). Development of organizational commitment during the first year of employment: A longitudinal study of pre- and post-entry influences. Journal of Management, 17(4), 717-733.
- Meyer, J. P., & Herscovitch, L. (2001). Commitment in the workplace toward a general model. Human Resource Management Review, 11, 299-326.
- Meyer, J. P., Irving, P. G., & Allen, N. J. (1998). Examination of the combined effects of work values and early work experiences on organizational commitment. Journal of Organizational Behavior, 19, 29-52.
- Meyer, J. P., Stanley, D. J., Herscovitch, L., & Topolnytsky, L. (2002). Affective, continuance, and normative commitment to the organization: A meta-analysis of antecedents, correlates, and consequences. Journal of Vocational Behavior, 61, 20-52.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2003). Recherche sur les facteurs d'attraction et de rétention des infirmières du Québec portant sur le choix du statut d'emploi, sur le potentiel de disponibilité et sur les perspectives de cheminement de carrière. Manuscrit non publié.
- Mitchell, T. R., Holtom, B. C., Lee, T. W., Sablinski, C. J., & Erez, M. (2001). Why people stay: Using job embeddedness to predict voluntary turnover. Academy of Management Journal, 44(6), 1102-1121.
- Mitchell, T. R., & Lee, T. W. (2001). The unfolding model of voluntary turnover and job embeddedness: Foundations for a comprehensive theory of attachment. Research in Organizational Behavior, 23, 189-246.
- Mobley, W. H. (1977). Intermediate linkages in the relationship between job satisfaction and turnover. Journal of Applied Psychology, 62, 237-240.
- Mobley, W. H., Griffeth, R. H., Hand, H. H., & Meglino, B. M. (1979). Review and conceptual analysis of the employee turnover process. Psychological Bulletin, 86, 493-522.
- Mobley, W. H., Horner, S. O., & Hollingsworth, A. T. (1978). An evaluation of precursors of hospital employee turnover. Journal of Applied Psychology, 63(4), 408-414.
- Morris, J. H., & Sherman, J. D. (1981). Generalizability of an organizational commitment model. Academy of Management Journal , 24(3), 512-526.
- Morrow, P.C. (1993). The theory and measurement of work commitment. Greenwich: JAI Press.

- Mowday, R. T., Porter, L. W., & Steers, R. M. (1982). Employee-organization linkages: The psychology of commitment, absenteeism, and turnover. New York: Academic Press.
- Mowday, R. T., Steers, R. M., & Porter, L. W. (1979). The measurement of organizational commitment. Journal of Vocational Behavior, 14, 224-247.
- Muchinsky, P. M., & Morrow, P. C. (1980). A multidisciplinary model of voluntary employee turnover. Journal of Vocational Behavior, 17(3), 263-290.
- Myers, D. G., & Diener, E. (1995). Who is happy? Psychological Science, 6, 10-19.
- Nunnally, J. C. (1978). Psychometric theory (2e ed.). New York: McGraw-Hill.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2003). La pénurie d'infirmières de formation universitaire: une analyse complémentaire à la planification de l'effectif des infirmières pour les 15 prochaines années. Manuscrit non publié.
- O'Reilly, C., & Chatman, J. (1986). Organizational commitment and psychological attachment: The effects of compliance, identification, and internalization on prosocial behavior. Journal of Applied Psychology, 71(3), 492-499.
- O'Reilly III, C. A., & Caldwell, D. F. (1980). Job choice: The impact of intrinsic and extrinsic factors on subsequent satisfaction and commitment. Journal of Applied Psychology, 65(5), 559-565.
- Organisation mondiale de la santé. (2006). Définition de la santé de l'OMS. Consulté le 21 janvier, 2006, de <http://www.who.int/about/definition/fr/>.
- Ostroff, C. (1992). The relationship between satisfaction, attitudes, and performance: An organizational level analysis. Journal of Applied Psychology, 77(6), 963-974.
- Patton, M. Q. (1987). How to use qualitative methods in evaluation. California: SAGE Publications Inc.
- Patton, M. Q. (2002). Qualitative research and evaluation methods (3e ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Penley, L. E., & Gould, S. (1988). Etzioni's model of organizational involvement: A perspective for understanding commitment to organizations. Journal of Organizational Behavior, 9, 43-59.
- Podsakoff, P. M., & Organ, D. W. (1986). Self-reports in organizational research: Problems and prospects. Journal of Management, 12(4), 531-544.
- Porter, L. W., Crampon, W. J., & Smith, F. J. (1976). Organizational commitment and managerial turnover: A longitudinal study. Organizational Behavior and Human Performance, 15, 87-98.
- Porter, L.W., & Lawler, E.E. (1968). Managerial attitudes and performance. Homewood: Richard D. Irwin.

- Porter, L. W., & Steers, R. M. (1973). Organizational, work, and personal factors in employee turnover and absenteeism. Psychological Bulletin, 80(2), 151-176.
- Porter, L. W., Steers, R. M., Mowday, R. T., & Boulian, P. V. (1974). Organizational commitment, job satisfaction, and turnover among psychiatric technicians. Journal of Applied Psychology, 59(5), 603-609.
- Poupart, J.P., Deslauriers, G., Laperrière, M. & Pires, A.P. (1997). La recherche qualitative: Enjeux épistémologiques et méthodologiques. Boucherville: Gaetan Morin.
- Powell, D. M., & Meyer, J. P. (2004). Side-bet theory and the three-component model of organizational commitment. Journal of Vocational Behavior, 65(1), 157-177.
- Pretorius, T. B. (1993). Commitment, participation in decision-making and social support: Direct and moderating effects on the stress-burnout relationship within an educational setting. South African Journal of Psychology, 23(1), 10-14.
- Price, J.L. & Mueller, C.W. (1981). A causal model of turnover for nurses. Academy of Management Journal, 24(3), 543-565.
- Randall, D. M. (1990). The consequences of organizational commitment: Methodological investigation. Journal of Organizational Behavior, 11, 361-378.
- Reichers, A. E. (1985). A review and reconceptualization of organizational commitment. Academy of Management Review, 10(3), 465-476.
- Reilly, N. P., & Orsak, C. L. (1991). A career stage analysis of career and organizational commitment in nursing. Journal of Vocational Behavior, 39, 311-330.
- Richardson, A. M., Burke, R. J., & Leiter, M. P. (1992). Occupational demands, psychological burnout and anxiety among hospital personnel in Norway. Anxiety, Stress, and Coping, 5, 55-68.
- Ritzer, G., & Trice, H. M. (1969). An empirical study of Howard Becker's side-bet theory. Social Forces, 47, 475-479.
- Robert, P. (1995). Le nouveau petit robert. Montréal: Dicorobert Inc.
- Rousseau D.M. (1998). Why workers still identify with organizations. Journal of Organizational Behavior, 19(3), 217-233.
- Rubin, J. Z., & Brockner, J. (1975). Factors affecting entrapment in waiting situations: The Rosenkrantz and Guildenstern effect. Journal of Personality and Social Psychology, 31(6), 1054-1063.
- Rusbult, C. E. (1980a). Commitment and satisfaction in romantic associations: A test of the investment model. Journal of Experimental Social Psychology, 16(2), 172-186.

- Rusbult, C. E. (1980b). Satisfaction and commitment in friendships. Representative Research in Social Psychology, 11, 96-105.
- Rusbult, C. E. (1983). A longitudinal test of the investment model: The development (and deterioration) of satisfaction and commitment in heterosexual involvements. Journal of Personality and Social Psychology, 45(1), 101-117.
- Rusbult, C. E., & Farrell, D. (1983). A longitudinal test of the investment model: The impact on job satisfaction, job commitment, and turnover of variations in rewards, costs, alternatives, and investments. Journal of Applied Psychology, 68(3), 429-438.
- Rusbult, C. E., Johnson, D. J., & Morrow, G. D. (1986a). Determinants and consequences of exit, voice, loyalty, and neglect: Responses to dissatisfaction in adult romantic involvements. Human Relations, 39(1), 45-63.
- Rusbult, C. E., Johnson, D. J., & Morrow, G. D. (1986b). Predicting satisfaction and commitment in adult romantic involvements: An assessment of the generalizability of the investment model. Social Psychology Quarterly, 49(1), 81-89.
- Rusbult, C. E., Verette, J., Whitney, G. A., Slovik, L. F., & Lipkus, I. (1991). Accommodation processes in close relationships: Theory and preliminary empirical evidence. Journal of Personality and Social Psychology, 60(1), 53-78.
- Rusbult, C. E., Zembrodt, I. M., & Gunn, L. K. (1982). Exit, voice, loyalty, and neglect: Responses to dissatisfaction in romantic involvements. Journal of Personality and Social Psychology, 43(6), 1230-1242.
- Sager, J. K., Griffeth, R. W., & Hom, P. W. (1998). A comparison of structural models representing turnover cognitions. Journal of Vocational Behavior, 53, 254-273.
- Sager, J. K., & Menon, A. (1994). The role of behavioral intentions in turnover of salespeople. Journal of Business Research, 29(3), 179-188.
- Savoie, A. (1992). Les prédicteurs de l'engagement envers l'organisation chez le personnel d'encadrement. Dans M. C. Lemoine (Ed.), Evaluation et innovation dans les organisations (pp.217-224). Issy-les Moulineaux: Éditions EAP.
- Schaufeli, W.B., Maslach, C. & Marek, T. (1993). Professional burnout: Recent developments in theory and research. Philadelphia: Taylor et Francis.
- Schaufeli, W. B., Van Dierendonck, D., & Van Gorp, K. (1996). Burnout and reciprocity: Towards a dual-level social exchange model. Work and Stress, 10(3), 225-237.
- Schumacker, R. E., & Lomax, R. G. (2004). A beginner's guide to structural equation modeling (2e ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Sheldon, M. E. (1971). Investments and involvements as mechanisms producing commitment to the organization. Administrative Science Quarterly, 16, 143-150.

- Sheridan, J. E., & Abelson, M. A. (1983). Cusp catastrophe model of employee turnover. Academy of Management Journal, 26(3), 418-436.
- Shoemaker, D. J., Snizek, W. E., & Bryant, C. D. (1977). Toward a further clarification of Becker's side-bet hypothesis as applied to organizational and occupational commitment. Social Forces, 56(2), 598-603.
- Shore, L. M., Newton, L. A., & Thornton, G. C. I. (1990). Job and organizational attitudes in relation to employee behavioral intentions. Journal of Organizational Behavior, 11, 57-67.
- Shore, L. M., Tetrick, L. E., Shore, T. H., & Barksdale, K. (2000). Construct validity of measures of Becker's side bet theory. Journal of Vocational Behavior, 57, 428-444.
- Siu, O. L., & Cooper, C. L. (1998). A study of occupational stress, job satisfaction and quitting intention in Hong Kong firms: The role of locus of control and organizational commitment. Stress Medicine, 14, 55-66.
- Sjöberg, A., & Sverke, M. (2000). The interactive effect of job involvement and organizational commitment on job turnover revisited: A note on the mediating role of turnover intention. Scandinavian Journal of Psychology, 41, 247-252.
- Somers, M. J. (1995). Organizational commitment, turnover and absenteeism: An examination of direct and interaction effects. Journal of Organizational Behavior, 16, 49-58.
- Somers, M. J. (1993). A test of the relationship between affective and continuance commitment using non-recursive models. Journal of Occupational and Organizational Psychology, 66, 185-192.
- Spencer, D. G., Steers, R. M., & Mowday, R. T. (1983). An empirical test of the inclusion of job search linkages into Mobley's model of the turnover decision process. Journal of Occupational Psychology, 56(2), 137-143.
- Statistiques Canada. (2001). Tendance de l'emploi chez les infirmières. Consulté le 23 octobre, 2005, de http://www.statcan.ca/start_f.html.
- Stevens, J. M., Beyer, J. M., & Trice, H. M. (1978). Assessing personal, role, and organizational predictors of managerial commitment. Academy of Management Journal, 21(3), 380-396.
- Stinglhamber, F., Bentein, K., & Vandenberghe, C. (2002). Extension of the three-component model of commitment to five foci. European Journal of Psychological Assessment, 18(2), 123-138.
- Stumpf, S. A., & Hartman, K. (1984). Individual exploration to organizational commitment or withdrawal. Academy of Management Journal, 27(2), 308-329.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). Using multivariate statistics (4e ed.). Needham Heights: Allyn et Bacon.

- Tan, D. S. K., & Akhtar, S. (1998). Organizational commitment and experienced burnout: An exploratory study from a Chinese cultural perspective. The International Journal of Organizational Analysis, 6(4), 310-333.
- Taris, T. W., Schreur, P. J. G., & Silfhout, I. J. (2001). Job stress, job strain, and psychological withdrawal among Dutch university staff: Towards a dual-process model for the effects of occupational stress. Work and Stress, 15(4), 283-196.
- Teo, C., & Waters, L. (2002). The role of human resource practices in reducing occupational stress and strain. International Journal of Stress Management, 9(3), 207-226.
- Tett, R.P. & Meyer, J.P. (1993). Job satisfaction, organizational commitment, turnover intention, and turnover: Path analysis based on meta-analytic findings. Personnel Psychology, 46, 259-293.
- Vallerand, R. J. (1989). Toward a methodology for the transcultural validation of psychological questionnaires: Implications for research in the French language. Canadian Psychology, 30(4), 662-680.
- Van Breukelen, W., Van der Vlist, R., & Steensma, H. (2004). Voluntary employee turnover: Combining variables from the "traditional" turnover literature with the theory of planned behavior. Journal of Organizational Behavior, 25, 893-914.
- Van Dam, K. (2005). Employee attitudes toward job changes: An application and extension of Rusbult and Farrell's investment model. Journal of Occupational and Organizational Psychology, 78(2), 253-272.
- Van der Maren, J. M. (1996). Méthodes de recherche pour l'éducation (2e ed.). Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Van Lange, P. A. M., Drigotas, S. M., Rusbult, C. E., Arriaga, X. B., & Witcher, B. S. (1997). Willingness to sacrifice in close relationships. Journal of Personality and Social Psychology, 72(6), 1373-1395.
- Vandenberghe, C. (1996). Assessing organisational commitment in a Belgian context: Evidence for the three-dimensional model. Applied Psychology: An International Review, 45(4), 371-386.
- Vandenberghe, C. (2002). Concilier le rendement et le bien-être au travail: Le rôle de l'engagement organisationnel. Dans R. Foucher, A. Savoie, & L. Brunet (Eds.), Concilier performance organisationnelle et santé psychologique au travail (pp.135-152). Montréal: Études Vivantes.
- Vandenberghe, C., & Simard, M. (2004). Version révisée de l'échelle des composantes de l'engagement organisationnel. Manuscrit non publié.
- Wallace, J. E. (1997). Becker's side-bet theory of commitment revisited: Is it time for a moratorium or a resurrection. Human Relations, 50(6), 727-749.

- Ware, J. E. , & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-items short-form health survey (SF-36): Conceptual framework and item selection. Medical Care, 30(6), 473-483.
- Warr, P. (1990). The measurement of well-being and other aspects of mental health. Journal of Occupational Psychology, 63, 193-210.
- Welsch, H. P., & LaVan, H. (1981). Inter-relationships between organizational commitment and job characteristics, job satisfaction, professional behavior, and organizational climate. Human Relations, 34(12), 1079-1089.
- White, J. K. (1978). Generalizability of individual difference moderators of the participation in decision making employee response relationship. Academy of Management Journal, 21(1), 36-43.
- Whitener, E. M., & Walz, P. M. (1993). Exchange theory determinants of affective and continuance commitment and turnover. Journal of Vocational Behavior, 42, 265-281.
- Wiener, Y. (1982). Commitment in organizations: A normative view. Academy of Management Review, 7(3), 418-428.
- Wiener, Y., & Vardi, Y. (1980). Relationships between job, organization, and career commitments and work outcomes - An integrative approach. Organizational Behavior and Human Performance, 26, 81-96.
- Wittig-Berman, U., & Lang, D. (1990). Organizational commitment and its outcomes: Differing effects of value commitment and continuance commitment on stress reactions, alienation and organization-serving behaviours. Work and Stress, 4(2), 167-177.
- Wright, T. A., & Cropanzano, R. (1998). Emotional exhaustion as a predictor of job performance and voluntary turnover. Journal of Applied Psychology, 83(3), 486-493.
- Youngblood, S. A., Mobley, W. H., & Meglino, B. M. (1983). A longitudinal analysis of the turnover process. Journal of Applied Psychology, 68(3), 507-516.
- Zickar, M. J., Gibby, R. E., & Jenny, T. (2004). Job attitudes of workers with two jobs. Journal of Vocational Behavior, 64, 222-235.

Annexes

Annexe A

Modèles multidimensionnels de l'engagement organisationnel

Auteurs	Dimensions et définitions
Angle et Perry (1981)	<p>Valeur : engagement qui supporte les buts de l'organisation.</p> <p>Engagement à rester : engagement qui retient l'individu comme membre de l'organisation.</p>
O'Reilly et Chatman (1986)	<p>Acquiescement : implication instrumentale visant à obtenir des récompenses extrinsèques.</p> <p>Identification : attachement basé sur le désir d'affiliation avec l'organisation.</p> <p>Internalisation : implication basée sur la congruence entre les valeurs de l'individu et celles de l'organisation.</p>
Penley et Gould (1988)	<p>Moral : acceptation et identification avec les buts de l'organisation.</p> <p>Calculatif : un engagement qui est basé sur le fait que les employés reçoivent des bénéfices en retour de leur contribution.</p> <p>Aliénant : attachement qui se produit lorsque l'employé perçoit a) un manque de contrôle sur l'environnement organisationnel interne, b) l'absence d'alternatives pour l'engagement organisationnel.</p>
Mayer et Schoorman (1992)	<p>Valeur : une croyance et une acceptation des buts et des valeurs de l'organisation et une volonté de faire des efforts pour l'organisation.</p> <p>De continuité : le désir de rester membre de l'organisation.</p>
Jaros et al. (1993)	<p>Affectif : le degré avec lequel l'individu est attaché psychologiquement à une organisation à travers des sentiments de loyauté, affection, chaleur, sentiment d'appartenance, plaisir, etc</p> <p>De continuité : le degré avec lequel l'individu se sent pris en emploi en raison des coûts liés au départ.</p> <p>Moral : le degré avec lequel l'individu est attaché psychologiquement à l'organisation en raison de l'internalisation des buts, des valeurs et des missions.</p>

Annexe B

Modèles théoriques de l'engagement organisationnel à l'origine du modèle de Meyer et Allen (1991)

Modèles	Définition/explication de l'engagement organisationnel
Théorie de Becker (1960)	La théorie de Becker ne fournit pas une définition précise de l'engagement organisationnel, mais plutôt une explication du phénomène. Selon cette théorie, l'individu a des intérêts qui le poussent à émettre certains comportements. L'individu reconnaît par la suite les implications (investissements) reliées à ses comportements antérieurs, ce qui le pousse à maintenir une ligne constante d'activité. Afin de pouvoir parler d'engagement, il est fondamental que l'individu soit conscient qu'il a fait un investissement et que, pour le conserver il doit continuer la même activité. L'engagement résulte donc d'un ensemble d'investissements valorisés par l'individu qui seraient perdus si la personne cessait l'activité, ce qui équivaut dans le cas présent à quitter l'organisation. La menace de perdre les investissements (MPI) combinée au manque d'alternatives (MA) perçues pour remplacer les pertes amènent la personne à demeurer au sein de l'organisation et à s'engager.
Théorie de Porter, et al. (1974)	L'engagement est défini comme l'intensité de l'identification et l'implication d'un individu face à l'organisation. Le concept est caractérisé par (1) une forte croyance dans les valeurs et les buts de l'entreprise, (2) une volonté de faire des efforts considérables pour l'organisation et (3) le souhait d'en rester membre.
Wiener (1982)	L'engagement est défini comme la totalité des pressions normatives internalisées par l'individu qui le poussent à agir de manière à rencontrer les buts et les intérêts de l'organisation.

Modèles	Définition/explication de l'engagement organisationnel
Théorie de Meyer et Allen (1991)	<ul style="list-style-type: none">▪ L'engagement affectif (EA), qui s'apparente à la conception de Porter et al. (1974), est défini comme un attachement émotionnel, une identification et une implication envers l'organisation.▪ L'engagement de continuité (EC) est basé sur le sentiment que le coût associé au départ serait trop élevé, ce qui reprend l'idée de Becker (1960).▪ L'engagement normatif (EN) fait plutôt référence à la loyauté envers l'organisation qui est fondée sur un sentiment d'obligation morale.
	<p>L'employé peut donc demeurer au sein de l'organisation parce qu'il le désire (affectif), qu'il est obligé (de continuité) ou qu'il en a le devoir (normatif) (Allen & Meyer, 1990b ; Meyer & Allen, 1991 ; Meyer, Allen & Smith, 1993).</p>

Annexe C

Liens empiriques entre l'engagement affectif et le départ volontaire

	Auteur	Année	k	Résultats (r)
Intention de quitter	Arnold et Feldman	1982	1	-.40***
	Begley et Czajka	1993	1	-.54 n.m.
	Blau et Boal	1989	1	-.33**
	Cohen	1998	1	-.53***
	Cohen	2000	1	-.54***
	Cooper-Hakim et Viswesvaran	2005	97	-.58
	Cropanzano et al.	2003	1	-.58***
	DeCotiis et Summers	1987	1	-.56***
	Ellis et Miller	1994	1	-.47**
	Griffeth et al. (dimension d'engagement non précisée)	2000	67	-.23
	Harris et Cameron	2005	1	-.43**
	Jaros et al.	1993	1	-.55*
	Kleinman et al.	2002	1	-.57**
	Krausz et al.	2000	1	-.36**
	Leong et al.	1996	1	-.53**
	Lim et Yuen	1998	1	-.36**
	Low et al.	2001	1	-.42*
	McNeilly et Russ	1992	1	-.45*
	Meyer et al.	2002	51	-.56
	Ostroff	1992	1	-.60*
	Randall	1990	35	-.21
	Siu et Cooper	1998	1	-.17 n.s.
	Sjoberg et Sverke	2000	1	-.36***
	Taris et al.	2001	1	-.14 n.s.
	Tett et Meyer	1993	15	-.58
	Van Breukelen et al.	2004	1	-.41*
Whitener et Walz	1993	1	-.61**	
Intention de chercher	Arnold et Feldman	1982	1	-.67***
Départ réel	Arnold et Feldman	1982	1	-.26***
	Blau et Boal	1989	1	-.28**
	Cohen	2000	1	-.07 n.s.
	Cooper-Hakim et Viswesvaran	2005	20	-.20
	Jaros et al.	1993	1	-.10 n.s.
	Meyer et al.	2002	8	-.17
	Sjoberg et Sverke	2000	1	-.10*
	Tett et Meyer	1993	15	-.39
	Van Breukelen et al.	2004	1	-.24*
	Whitener et Walz	1993	1	-.26**

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Annexe D

Liens empiriques entre l'engagement de continuité et le départ volontaire

	Auteur	Année	k	Résultats (r)
Intention de quitter	Cooper-Hakim et Viswesvaran	2005	48	-.19
	Harris et Cameron	2005	1	.03 n.s.
	Jaros et al.	1993	1	-.52*
	Meyer et al.	2002	39	-.18
	Whitener et Walz	1993	1	-.22**
Départ réel	Cooper-Hakim et Viswesvaran	2005	15	-.25
	Jaros et al.	1993	1	-.11 n.s.
	Meyer et al.	2002	6	-.10
	Whitener et Walz	1993	1	-.16**

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Annexe E

Liens empiriques entre l'engagement normatif et le départ volontaire

	Auteur	Année	k	Résultats (r)
Intention de quitter	Cooper-Hakim et Viswesvaran	2005	34	-.37
	Harris et Cameron	2005	1	-.43**
	Jaros et al.	1993	1	-.45*
	Meyer et al.	2002	25	-.33
Départ réel	Cooper-Hakim et Viswesvaran	2005	6	-.16
	Jaros et al.	1993	1	-.19*
	Meyer et al.	2002	4	-.16

Annexe F

Définitions de la santé psychologique

Auteurs	Définitions
Jahoda (1958)	Six approches expliquent le concept de santé mentale : 1) la perception de soi (conception de soi, identité) 2) la croissance, le développement et l'actualisation de soi 3) l'intégration (relation avec la réalité, résistance au stress) 4) l'autonomie (comportements indépendants) 5) la perception de la réalité (perception objective, empathie) 6) la maîtrise sur l'environnement (relations interpersonnelles, rencontre des exigences dans différentes situations, adaptation, résolution de problèmes)
Warr (1990)	Trois composantes à la santé mentale : a) Bien-être (activation et plaisir) b) Compétence c) Aspirations
Dejours (1995)	la santé (normalité) est un état d'équilibre dans lequel les souffrances sont stabilisées par les défenses.
Compton, et al. (1996)	La santé mentale comporte deux dimensions : le bien-être subjectif et la croissance personnelle.
Meltzer et Ludwig (1971)	La santé mentale comporte quatre dimensions : la perception de soi, la maturité, l'organisation de la personnalité et la relation à l'environnement.
Ware et Sherbourne (1992)	La santé mentale comporte deux dimensions : a) la détresse (anxiété, dépression et perte de contrôle) b) le bien-être.
Massé et al. (1998a)	La santé mentale est composée de deux dimensions : a) Le bien-être : stabilité, sociabilité, contrôle de soi et des événements, équilibre émotionnel, estime de soi, bonheur. b) La détresse psychologique : anxiété-dépression, irritabilité, dévalorisation de soi, manque de motivation.
Danna et Griffin (1999)	La santé mentale/psychologique est composée d'une combinaison d'indicateurs tels que les affects, la frustration et l'anxiété.
Organisation mondiale de la santé (2006)	« Un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » Cette définition n'a pas été modifiée depuis 1946.

Auteurs	Définitions
Centre canadien de santé et de sécurité au travail (2000)	Le « stress en milieu de travail » consiste en des réponses physiques et émotionnelles nuisibles qui peuvent se produire lorsqu'il y a conflit entre les demandes liées au travail de l'employé et le degré de maîtrise dont dispose cet employé pour répondre à ces demandes.

Annexe G

Liens empiriques entre l'engagement affectif et l'épuisement professionnel

	Auteur	Année	k	Résultats (r)
Épuisement émotionnel	Bakker et al.	2003	1	-.25**
	Ellis et Miller	1993	1	-.31 n.d.
	Ellis et Miller	1994	1	-.27**
	Leiter	1991	1	-.46**
	Leiter et Maslach	1988	1	-.52*
	Leiter et al.	1994	1	-.36**
	Pretorius	1993	1	-.23**
	Richardsen et al.	1992	1	-.41***
	Schaufeli et al.	1996	2	.18 n.d.
Dépersonnalisation	Ellis et Miller	1994	1	-.16**
	Leiter	1991	1	-.29**
	Leiter et Maslach	1988	1	-.37*
	Pretorius	1993	1	-.23**
	Richardsen et al.	1992	1	-.33***
	Schaufeli et al.	1996	2	.28 n.d.
Réduction du sentiment d'accomplissement personnel	Ellis et Miller	1994	1	-.15**
	Leiter	1991	1	.28**
	Leiter et Maslach	1988	1	.36*
	Leiter et al.	1994	1	.35**
	Pretorius	1993	1	.27**
	Richardsen et al.	1992	1	.28***
	Schaufeli et al.	1996	2	-.12 n.d.
Épuisement professionnel (global)	Kleinman et al.	2002	1	-.65**
	Krausz et al.	2000	1	-.54 **
	Low et al.	2001	1	-.45*
	Tan et Akhtar	1998	1	.19*

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Annexe H

Liens empiriques entre l'engagement affectif et la détresse psychologique

	Auteur	Année	k	Résultats (r)
Aliénation	Wittig-Berman et Lang	1990	1	-.49** personnelle -.12* sociale
Dépression	Begley et Czajka	1993	1	-.34 n.m. temps 1 -.27 n.m. temps 2
Détresse psychologique	Isaksson et Johanson	2003	1	-.19 n.m. temps 1 -.39 n.m. temps 2
Irritation	Begley et Czajka	1993	1	-.16 n.m. temps 1 -.33 n.m. temps 2
Stress	Wittig-Berman et Lang	1990	1	-.32 **
	Zickar et al.	2004	1	-.27*
Tension	Cohen	1998	1	.04 n.s.
	Hochwarter et al.	2003	1	-.07 n.s.
	Lim et Yuen	1998	1	-.30**
	Ostroff	1992	1	-.30*
	Teo et Waters	2002	1	-.46*

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Annexe I

Questions socio-démographiques des entrevues avec les infirmières

1. Quel est l'établissement pour lequel vous travaillez actuellement ?
2. Dans quel service travaillez-vous ?
3. Quel est votre statut d'emploi ?
4. Quel est votre âge ?
5. Depuis combien de temps travaillez-vous comme infirmière ?
6. Depuis combien de temps travaillez-vous dans cet établissement ?
7. Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce département ?
8. Quel est votre horaire de travail ?
9. Quelle est la formation que vous avez suivie ?

Annexe J

Résultats globaux de l'analyse qualitative

Type	Sous-type	Nb de citations	%
1. Conditions de travail	Poste	73	62,9%
	Vacances	24	20,7%
	Aspects monétaires	11	9,5%
	Ancienneté	8	6,9%
	Total	116	100%
2. Relations sociales	Patients	59	36,4%
	Collègues	54	33,3%
	Équipe	42	25,9%
	Superviseur	7	4,4%
	Total	162	100%
3. Valeurs humaines	Reconnaissance	25	35,7%
	Utilité	25	35,7%
	Qualité des soins	14	20,0%
	Respect	6	8,6%
	Total	70	100%
4. Travail quotidien	Latitude décisionnelle	43	39,8%
	Type de tâches	33	30,6%
	Défi	19	17,6%
	Routine	13	12,0%
	Total	108	100%
5. Expertise	Habilités	20	33,9%
	Apprentissage	19	32,2%
	Connaissances	11	18,6%
	Être une personne ressource	9	15,3%
	Total	59	100%

ANNEXE K

Résultats détaillés de l'analyse qualitative

Dimensions	Sous-dimensions	Citations
1. Conditions de travail	Vacances	<p>J'ai mes fériés, aux fériés ou presque.</p> <p>La seule chose que je peux avoir perdu c'est un peu au niveau de mon choix de vacances.</p> <p>Les fériés, la possibilité de cumuler les fériés aussi.</p> <p>Les fêtes, j'ai congé.</p> <p>Bien au niveau des vacances, des avantages au niveau des vacances.</p> <p>Pour les congés fériés.</p> <p>Aussi durant les congés fériés, je ne fais pas autant de journées que les filles à l'étage.</p> <p>C'est toi qui passe en dernier pour le choix des congés.</p> <p>Le choix des vacances.</p> <p>Je ne pourrais pas choisir mes vacances comme en ce moment. Le choix des vacances c'est pas compliqué, on a juste à dire quand on veut partir, on s'arrange entre nous.</p> <p>J'ai des vacances à des périodes régulières donc pendant l'été.</p> <p>Le choix de vacances est limité.</p> <p>Ce qui est avantageux de rester à la même place au niveau de l'ancienneté, au niveau des vacances.</p> <p>Les vacances.</p> <p>Ca commence à faire une petite différence. Surtout les choix de vacances.</p> <p>Avec un choix de vacances, mais ça reste que j'ai pas de vacances en début du mois de juin, ni à la fin du mois de septembre. J'ai réussi à avoir des vacances fin juin et milieu du mois d'août.</p> <p>Ca fait plusieurs années que je suis ici, alors le choix de mes vacances commence à être intéressant.</p> <p>Je perdrais mes vacances, fait qu'on oublie ça les vacances en juillet et en août.</p>

Dimensions	Sous-dimensions	Citations
1. Conditions de travail (suite)	Vacances (suite)	Il y a aussi les congés, j'aurais été la dernière à choisir.
		Je suis une des premières à choisir pour les vacances.
		Je perds l'ancienneté des vacances.
		On est choyées. On a de belles vacances.
		J'ai quelque chose de positif, j'ai eu des vacances au mois de juillet.
		Ce qui a changé c'est que j'ai des vacances au mois de juillet.
	Poste	Je suis de jour, ce qui est déjà un atout en soi.
		Je suis partie de la dialyse en grande partie parce que je n'étais pas capable d'avoir de poste de jour. Donc, je tombe de jour.
		J'ai presque toutes mes fins de semaine de congé.
		Je sais à quelle heure je finis le soir, c'est un avantage.
		De huit heures à quatre heures l'après-midi. Donc, au niveau de la vie sociale, c'est une vie plus normale aussi.
		Le fait, un de m'en aller de jour.
		Les conditions de travail dans le sens qu'en dialyse je travaillais une fin de semaine sur deux, tandis que là je travaille une fin de semaine sur quatre, des fois une sur cinq.
		Je vais faire de dix heures le matin à six heures le soir. Pour moi, personnellement c'est un horaire qui me convient.
		Il y avait aussi le fait que j'étais tannée d'être de soir, j'avais besoin de travailler de jour ça c'était quelque chose aussi qui a pesé dans la balance.
		Les fins de semaine.
		Je n'aurais pas de poste, je l'aurais de nuit ou à la limite chanceuse, ce serait de soir.
		Je suis revenue de Suisse parce que si je ne revenais pas je perdais mon poste en dialyse.

Dimensions	Sous-dimensions	Citations
I. Conditions de travail (suite)	Poste (suite)	<p data-bbox="277 210 334 1409">Ca ne me tentait pas de recommencer à travailler sur appel, de travailler de nuit, de jour, le soir, j' ai fait ça au début mais plus maintenant.</p> <p data-bbox="363 210 420 1409">J' ai la sécurité de savoir que je vais être de jour ou de soir que je ne me promènerai pas matin, midi, soir puis d' être sur appel.</p> <p data-bbox="449 758 474 1409">Je travaille du lundi au vendredi, je travaille juste le matin.</p> <p data-bbox="496 210 553 1409">À temps partiel, tu peux plus choisir, quand on veut travailler, c' est plus facile. J' ai pas occupé de poste à temps complet par choix.</p> <p data-bbox="583 548 607 1409">La stabilité que j' ai en ayant ce poste là qui est à moi, ça c' est bien important.</p> <p data-bbox="630 210 686 1409">J' ai toujours voulu avoir des heures garanties jamais du temps complet , un poste qui est de deux, trois ou quatre.</p> <p data-bbox="716 275 740 1409">Puis les heures aussi, je pourrais commencer à neuf heures mais je ne commencerais pas à huit heures.</p> <p data-bbox="769 1087 794 1409">Au niveau de l' horaire aussi.</p> <p data-bbox="816 210 984 1409">Oui, un privilège dans le sens que, comme moi par exemple, quand je suis arrivée à la salle d' opération mon poste c' était uniquement la salle d' opération. Je ne fais que la salle d' opération, mais il y a quelques années quand il y avait de moins en moins d' infirmières, à ce moment là, les jeunes qui entraient avaient un poste combiné salle d' opération et salle de réveil.</p> <p data-bbox="1006 210 1063 1409">J' ai un emploi à temps plein, actuellement avec la conjoncture économique ce sont des emplois à temps partiel, emplois précaires, emplois à contrat, moi je suis à l' abri et je l' apprécie beaucoup.</p> <p data-bbox="1092 210 1149 1409">J' ai dit « convénience », parce que je viens de terminer un baccalauréat et puis j' avais une grande latitude d' horaire, flexibilité d' horaire.</p> <p data-bbox="1172 210 1229 1409">Les conditions de travail sont plus avantageuses au bloc opératoire que dans les unités de soins pour les fins de semaine.</p> <p data-bbox="1258 210 1315 1409">J' ai pas à me taper une fin de semaine sur deux, ce que je serais obligée de faire si je retournais sur les unités de soins.</p>

Dimensions	Sous-dimensions	Citations
1. Conditions de travail (suite)	Poste (suite)	<p data-bbox="282 210 339 1409">Le seul avantage que je perdrais, c'est parce que je travaille de nuit. J'ai plus de congé que les gens de jour donc, si je m'en vais pour un travail de jour ça changerait. J'aurais moins de congé.</p> <p data-bbox="363 506 388 1409">L'avantage aux soins à domicile c'est que t'en fais pas toutes les fins de semaine.</p> <p data-bbox="428 1031 453 1409">J'aime vivre en travaillant la nuit.</p> <p data-bbox="493 210 550 1409">Je peux rentrer de bonne heure le matin, finir de bonne heure, partir, j'ai pas un horaire fixe comme quelqu'un sur le plancher.</p> <p data-bbox="574 831 599 1409">Moi je suis libre, je prends ma pause quand je veux.</p> <p data-bbox="623 978 647 1409">Je ne travaille plus les fins de semaine.</p> <p data-bbox="672 1199 696 1409">Je travaille le jour.</p> <p data-bbox="721 485 745 1409">Je vois les filles qui font des temps supplémentaires obligés, que moi je ne fais pas.</p> <p data-bbox="769 210 891 1409">J'ai quitté mon emploi pour un mois, j'ai eu un mois puis quand je suis revenue, je pouvais revenir deux jours par semaine ou seulement l'avant-midi ou seulement l'après-midi donc, il y avait une souplesse, c'est la souplesse et ça m'a permis vraiment là de mieux passer à travers. Là je perdrais beaucoup en quittant mon emploi.</p> <p data-bbox="915 210 980 1409">S'il fallait que je perde ça. Je perdrais vraiment gros, parce que je ne retrouverais pas ça ailleurs. J'aurais des heures fixes.</p> <p data-bbox="1005 210 1062 1409">Puis en plus, les journées que je fais, je fais ça les fins de semaine, bien je les reprends. Donc ça aussi c'est bien intéressant. C'est des gros gains ça oui.</p> <p data-bbox="1086 210 1151 1409">Par exemple, à un moment donné on m'avait offert, parce que j'étais rendue plus ancienne dans la place, l'horaire de neuf à cinq heures.</p> <p data-bbox="1175 210 1297 1409">Il y a l'autre horaire qui me convient très bien, c'est le chiffre de soir que je fais présentement, quand il y a des vacances, quand il y a des maladies dans l'équipe de soir, ils sont pas nombreux, ils sont juste cinq. Ils savent que je suis disponible pour travailler le soir pour une certaine période, et puis c'est à moi qu'ils viennent demander.</p> <p data-bbox="1321 210 1385 1409">La souplesse de mon horaire, je le perdrais, parce que peu importe où j'irais ailleurs dans l'hôpital, je ferais un chiffre de jour de huit à quatre. J'aurais pas l'opportunité de faire trois mois de soir, puis de jour.</p>

Dimensions	Sous-dimensions	Citations
1. Conditions de travail (suite)	Poste (suite)	<p>Oui, oui, oui de perdre cette espèce de souplesse là, cette liberté là je me sentirais emprisonnée.</p> <p>D'abord, les horaires de travail.</p> <p>Si tu appliques sur un poste aux soins intensifs, tu fais du huit à quatre heures, ou du quatre heures à minuit. T'as pas la liberté de dire, bien il y a des gens qui s'en vont en vacances, je suis disponible de soir si ça fait votre affaire.</p> <p>L'horaire de travail aussi me plaît énormément.</p> <p>C'est flexible dans le sens que je peux fixer mes reprises de temps lorsque je le veux, je peux décider de travailler lorsque je le veux.</p> <p>Suivre un horaire plus stricte.</p> <p>Les heures de travail, les fins de semaine ou pas.</p> <p>Au CLSC bien le plus tard qu'on fait dépendamment des CLSC ça varie, c'est huit heures le soir.</p> <p>Ce serait les heures de travail peut-être aussi.</p> <p>Au niveau des postes.</p> <p>Oui, comme là, ça nous donne l'opportunité d'avoir un temps complet de jour, un poste de jour.</p> <p>Les choix de postes, moi je parlais d'un temps plein puis je m'en allais à un temps partiel. Ils m'offraient juste un remplacement, c'était même pas un poste à moi, tandis qu'à Verdun j'avais un temps plein.</p> <p>Là-bas ils m'offraient les soins intensifs aussi là.</p> <p>Je recommence la nuit, je suis de nuit encore.</p> <p>C'est sûr que d'avoir son poste à temps plein.</p> <p>Bien c'est sûr que j'ai un temps plein.</p> <p>Quelqu'un qui n'a pas de poste va être remplaçant tu sais. Moi bien si je te dis bon bien là ton remplacement est fini, je n'ai pas rien pour le moment à t'offrir ça va aller au mois de décembre.</p> <p>D'avoir un poste, d'avoir un poste, c'est une sécurité d'emploi.</p> <p>Je suis partie parce que je voulais avoir un peu plus de journées de travail, j'avais un tout petit temps partiel, je n'avais pas la possibilité d'en faire davantage.</p>

Dimensions	Sous-dimensions	Citations
1. Conditions de travail (suite)	Poste (suite)	<p>On a parlé beaucoup de la sécurité d'emploi.</p> <p>J'ai dit non parce que présentement j'aime le fait que je travaille de huit à quatre heures.</p> <p>Je considère que ça fait assez longtemps que je travaille qu'ils ne se remettront pas à faire de la rotation.</p> <p>S'il y avait eu quelque chose, on oblige quelqu'un à rester le soir j'aurais été la plus jeune et j'aurais été obligée de rester.</p> <p>Si on m'obligeait à faire de la rotation.</p> <p>Si on m'obligeait à faire des douze heures de travail, je quitterais.</p> <p>J'ai une autonomie dans mon horaire.</p> <p>Faut être bien vieille pour avoir un poste comme ça, un poste de jour avec toutes mes fins de semaine.</p> <p>Ils vont te donner les choses les moins intéressantes, des postes que personne veut.</p> <p>Tu sais, les jeunes quand ça commencent, c'est des postes à trois jours semaine puis après ça ils sont sur appels, c'est pas drôle ça.</p> <p>C'était encore un poste à temps complet, fait que je ne cours pas après mes journées puis j'ai pas de trouble.</p> <p>Ce que j'aime c'est mon horaire.</p> <p>Je me suis mise comme un bel horaire à mon goût.</p> <p>Non, ça pour moi c'est un acquis, au niveau travail c'est un gros avantage.</p> <p>Moi je ne peux pas le demander, j'ai toutes mes fins de semaine.</p>
	Aspects monétaires	<p>Quand on travaille de soir, on a des primes de soir.</p> <p>La dialyse c'est considérée comme des soins intensifs, donc on a une prime de soins intensifs.</p> <p>J'ai pas perdu beaucoup mais je dirais que c'est à peu près deux cents dollars par mois que j'ai perdu. Au bout d'une année, ça fait un peu plus de deux mille dollars.</p>

Dimensions	Sous-dimensions	Citations
1. Conditions de travail (suite)	Aspects monétaires (suite)	<p data-bbox="272 957 305 1409">On m'accorde une petite prime de garde.</p> <p data-bbox="318 821 350 1409">J'ai subi une baisse de salaire en changeant d'emploi.</p> <p data-bbox="363 279 396 1409">Depuis cinq ou six ans, j'ai dû doubler mon salaire de base avec les gardes et le temps supplémentaire.</p> <p data-bbox="409 210 483 1409">Puis en plus de ça pour travailler à cet endroit là, on a des primes de soins intensifs, des primes de fins de semaine, des primes à la motivation de ce temps-ci.</p> <p data-bbox="496 210 604 1409">L'hôpital a institué une prime quatre-vingt-dix si on accepte de faire un temps supplémentaire, on est payé quatre-vingt-dix dollars de plus par temps supplémentaire. Ce système là ça veut dire qu'au bout de la ligne, ça veut dire des sous de plus alors c'est très motivant.</p> <p data-bbox="617 772 649 1409">Quelques primes que j'ai comme les primes de monitrice.</p> <p data-bbox="662 210 737 1409">En endoscopie je perdais une centaine de dollars par paie parce que je n'avais plus aucune prime d'assistance, de monitrice.</p> <p data-bbox="750 632 782 1409">Moi je perdrais financièrement parce que faire des gardes c'est payant.</p> <p data-bbox="795 210 945 1409">Présentement, étant donné que je suis ancienne, j'ai la chance aussi de faire plusieurs choses, je suis infirmière aux patients, je suis infirmières soignante, avant qu'il n'y en ait plus, je suis infirmière chef d'équipe, j'ai été aussi assistante, je fais de l'enseignement, je fais l'orientation des nouvelles infirmières, l'orientation des commis.</p> <p data-bbox="958 254 1032 1409">Je perdais aussi beaucoup au niveau de l'ancienneté parce qu'en endoscopie, c'est des gens qui ont assez d'ancienneté, alors avec mes vingt-huit ans de service j'étais la plus jeune.</p> <p data-bbox="1045 233 1120 1409">Si je veux faire un temps supplémentaire, je suis une des plus vieilles, je peux dire que c'est moi qui passe en premier.</p> <p data-bbox="1133 432 1166 1409">En plus, j'ai une meilleure place dans la liste d'ancienneté dans le nouveau département.</p> <p data-bbox="1179 210 1253 1409">Quand il y a une salle qui se libère et que quelqu'un veut aller travailler dans cette salle là c'est par ancienneté.</p> <p data-bbox="1266 233 1354 1409">Oui, j'ai plus de choix dans le sens que quand on est plus anciens c'est à nous qu'on demande en premier.</p>

Dimensions	Sous-dimensions	Citations
1. Conditions de travail (suite)	Ancienneté (suite)	<p>Puis le choix des autres postes, s'il y a deux postes d'affichés bon j'ai mon ancienneté.</p> <p>A la salle d'opération ça pouvait prendre plusieurs années pour avoir de l'avancement.</p>
2. Relations sociales	Patients	<p>La relation avec les patients.</p> <p>Je disais à la blague tantôt, que quelqu'un qui me voyait plus souvent que sa femme, bien c'est vrai. On est douze heures par semaine avec eux, ils nous parlent de tout, on connaît tout, leur femme, leurs enfants, les problèmes qu'ils ont au travail, car il y en a qui travaillent encore.</p> <p>Oui c'est des liens significatifs qui se développent.</p> <p>Tu as des patients avec lesquels tu as développé un lien, parce que j'étais plus souvent le soir, il y a moins de patients le soir pour des raisons techniques, on vient qu'on les connaît plus.</p> <p>Donc, il y a des patients qui étaient là quand j'ai commencé la dialyse et qui sont encore là aujourd'hui et avec qui j'ai développé des liens et oui c'est plaisant.</p> <p>Oui, parce qu'on s'attache à eux veut pas. On les voit autant.</p> <p>La chaleur de certains de ces gens là ça pourrait me manquer parce qu'ils sont sincères.</p> <p>Je donne des traitements intraveineux aux gens qui ont des cancers bien ces gens là eux me manqueraient plus.</p> <p>Pendant les trois ans que j'ai fait ça, ça m'a manqué beaucoup, les gens eux à ce moment là j'étais la seule qui en donnait, je les voyais tout le temps, tous les mois je voyais les mêmes patients, j'en avais douze que je voyais, il y a de ces gens là qui sont descendus ici en bas me voir pour me demander pourquoi je n'en faisais plus, puis il y a même une patiente qui a pleuré parce que je n'étais plus là.</p> <p>Oui veut pas. C'est sûr que ça manque des fois mais on ne peut pas s'attacher non plus outre mesure.</p> <p>Bon sur le coup ça fait de la peine mais avec le temps c'est comme ça. Quand j'ai quitté là-bas il y a des gens que ça m'a fait de la peine autant des patients.</p> <p>Elles ont pas de contact avec le patient.</p> <p>Oui, oui ça c'est ce que j'aime beaucoup beaucoup beaucoup.</p>

Dimensions	Sous-dimensions	Citations
2. Relations sociales	Patients (suite)	<p>Oui, le support aux familles.</p> <p>J'ai moins de contacts avec les patients et avec les familles que j'avais avant. J'en ai déjà moins. C'est peut-être la seule affaire que j'aime un peu moins.</p> <p>Oui, oui c'est sûr le contact avec les patients.</p> <p>Le contact de personne à personne, le contact que ce soit avec les collègues de travail ou avec les patients.</p> <p>Ce contact là me manquerait, mais pas énormément.</p> <p>Ca aussi ça se fait bien, ce que je déplore c'est d'avoir un petit peu moins de temps que je le veux que lorsque j'étais intervenante.</p> <p>Ah mon dieu! probablement un grand sacrifice.</p> <p>Je ne serais pas capable, j'essayerais mais je crois que je ne serais pas capable.</p> <p>La présence auprès des patients.</p> <p>Le contact qu'on a avec les patients dans leur propre milieu.</p> <p>Oui, quand tu les vois à domicile, tu fais un peu partie de la famille.</p> <p>Le contact avec les patients.</p> <p>Oui.</p> <p>Là t'as un contact plus global à la maison parce que c'est le contact avec la famille.</p> <p>Oui, parce qu'ils vont se confier souvent à la maison, tu vas voir des affaires puis ils vont être obligés de se confier ils auront pas le choix. à l'hôpital ils peuvent cacher des affaires, ils peuvent cacher que leur fils est psychotique, ils peuvent cacher bien des affaires, mais quand tu arrives dans le milieu là ils ne peuvent plus le cacher.</p> <p>Pour moi c'est important de rester en contact avec les patients.</p> <p>Moi ce que j'aime c'est de garder le contact avec les patients.</p> <p>Oui, oui oui.</p> <p>On reste quand même attaché.</p>

Dimensions	Sous-dimensions	Citations
2. Relations sociales	Patients (suite)	<p>Le contact avec les gens parce que même s'il y a plusieurs patients qui sont intubés ou qui ont de la confusion à un moment donné, c'est vraiment le contact avec les gens.</p> <p>J'aime ça être aux patients. Ça me manquerait énormément le contact aux patients, si j'ai pu mes patients à moi, mon petit monde à moi là.</p> <p>Le contact avec les gens me manquerait probablement si je ne pouvais plus travailler comme infirmière.</p> <p>Malheureusement, beaucoup moins. Ça me manque beaucoup.</p> <p>Le contact, comme moi j'avais sur les départements, ça me manque.</p> <p>Oui ça me manquerait le contact avec les patients puis le contact un petit peu humain là.</p> <p>La relation patient aussi qui est un peu particulière.</p> <p>On peut apporter beaucoup à nos patients et mes patients nous apportent beaucoup aussi parce que ce sont des gens qui sont extraordinaires. Leur courage, ils sont malades, mais ils ont un courage extraordinaire ça c'est particulier.</p> <p>Le travail auprès des patients là, ça nourrit beaucoup.</p> <p>Le contact humain avec les patients.</p> <p>Le contact avec le patient, ça ça me manquait beaucoup.</p> <p>Le patient et la famille.</p> <p>On s'attache à ces patients là, aux familles.</p> <p>Le contact patient. Ils sont fins, on les aime bien.</p> <p>J'aime beaucoup le contact avec les patients, j'aime beaucoup les patients.</p> <p>Aussi, la relation que je vais avoir avec le patient c'est vraiment une relation de personne à personne.</p> <p>Jusqu'à un point que je m'imagine qu'il ne faut pas que ça arrête tout d'un coup.</p> <p>Le contact avec les patients. le contact avec le patient, parce que c'est des patients qui sont vrais.</p> <p>Le contact avec les patients là.</p>

Dimensions	Sous-dimensions	Citations
2. Relations sociales	Patients (suite)	<p>La relation d'aide avec les patients, beaucoup.</p> <p>Moi c'est surtout au niveau de la relation d'aide.</p> <p>Tout à fait. Pour les patients pour l'échange que j'ai avec eux.</p> <p>Par rapport aux patients.</p> <p>Le contact avec les patients.</p> <p>En plus de ça le contact avec les patients qui arrivent dans la salle d'attente.</p> <p>Comment ça va. C'est valorisant, ce contact ça va me manquer parce que c'était très personnalisé.</p> <p>Je vais m'ennuyer de cette relation là avec les patients.</p>
	Collègues	<p>Oui, parce que j'avais des liens avec ces gens là, on se voit encore... mais on ne se voit plus à tous les jours.</p> <p>Bon sur le coup ça fait de la peine mais avec le temps c'est comme ça. Quand j'ai quitté là-bas il y a des gens que ça m'a fait de la peine autant des patients que le personnel.</p> <p>Ce que je perdrais aussi en quittant mon emploi ce serait le contact avec les pairs.</p> <p>On travaillait toute les deux ensemble, on avait une belle entente pour le travail puis quand on est habitué de travailler avec quelqu'un...</p> <p>C'est ça on a plus besoin de parler, chacune fait ses choses puis on arrive.</p> <p>Quelques personnes oui c'est sûr, je dirais quelques personnes, la majeure partie des gens c'est sûr! je trouve qu'on est un bon groupe c'est quand même agréable de travailler.</p> <p>C'est le contact avec les gens qui nous manque.</p> <p>Moi-même ça m'est arrivée d'être en congé de maladie ce qui me manque c'est justement le contact avec ces personnes là. une personne avec qui on a créé des liens quand même au-delà des liens professionnels, des liens d'amitié, de complicité.</p> <p>Par contre oui, les collègues j'ai établi avec eux des liens significatifs. donc, si du jour au lendemain je ne revois plus ces gens là, c'est sûr que ça vous touche.</p>

Dimensions	Sous-dimensions	Citations
2. Relations sociales	Collègues (suite)	<p data-bbox="280 306 305 1409">Au niveau des contacts humain c'est sûr que ça réduit les contacts humains. Avec les collègues oui.</p> <p data-bbox="334 615 358 1409">On s'entend tous bien, fait que l'atmosphère de travail est plus agréable.</p> <p data-bbox="380 1100 404 1409">Ca me manquerait au début.</p> <p data-bbox="425 615 449 1409">Ce qui me manquerait, c'est la complicité que tu établis avec les années.</p> <p data-bbox="470 233 527 1409">Ce qui est plaisant, c'est qu'à un moment donné on a même plus besoin de se parler, on fait les choses, pas machinalement, mais on le sait que quand on termine un cas c'est lui qui va partir avec le patient...</p> <p data-bbox="557 821 581 1409">La tristesse de laisser les gens avec qui tu as travaillé.</p> <p data-bbox="602 936 626 1409">C'est l'interaction qu'on a entre infirmiers.</p> <p data-bbox="651 1213 675 1409">La bonne entente.</p> <p data-bbox="696 527 721 1409">Le contact dans le fond, le contact avec d'autres êtres humains, le contact facile.</p> <p data-bbox="758 233 815 1409">T'arrives au travail, t'es rendue, tout le monde est là et tout de suite ça connecte, tout de suite on collabore, on parle de choses et d'autres.</p> <p data-bbox="846 243 935 1409">On se connaît bien au point de vue personnel assez puis on se connaît bien au point de vue travail, on peut se faire confiance. on se devine, on peut faire des choses les yeux fermés, on sait que notre compagne elle est comme notre deuxième paire de yeux pour les patients.</p> <p data-bbox="966 831 990 1409">Le côté social du travail c'est ça qui va me manquer.</p> <p data-bbox="1011 541 1036 1409">Le contact de personne à personne, le contact. Que ce soit avec les collègues...</p> <p data-bbox="1057 254 1114 1409">Non, vraiment là quand je vais quitter le travail ce qui va me faire de la peine c'est les compagnes de travail. ce qui nous manque quand on quitte le travail quand on prend notre retraite c'est ce côté social là.</p> <p data-bbox="1144 541 1169 1409">Le vingt pour cent qui reste c'est le côté social avec mes compagnes de travail.</p> <p data-bbox="1200 936 1224 1409">Beaucoup parce que c'est devenu des amis.</p> <p data-bbox="1245 306 1302 1409">Quand je suis revenue j'étais bien contente malgré que certains là-dedans que j'ai continué à côtoyer pendant que j'ai pas été là.</p> <p data-bbox="1333 936 1357 1409">J'ai autant de contacts avec les infirmières.</p>

Dimensions	Sous-dimensions	Citations
2. Relations sociales	Collègues (suite)	<p>Moi ce que j'aime c'est de garder le contact avec les patients et avec les infirmières.</p> <p>Je resterais en contact avec elles, oui il y en a quelques-unes que je resterais en contact avec elles.</p> <p>La relation avec les autres.</p> <p>Oui, oui. disons avoir à travailler là toute seule dans un bureau là sans contact je trouverais ça dure, oui je trouverais ça dure.</p> <p>Certaines, beaucoup. oui.</p> <p>Oui c'est sûr.</p> <p>Oui, c'est ça que je disais cette semaine, tout ce qu'on vient chercher entre compagnes de travail, le matin un petit bonjour, comment vas-tu, on se parle de notre fin de semaine, on échange des choses différentes un peu avant de commencer avec notre patient. Je pense que ça le social amical que nous avons ensemble c'est précieux.</p> <p>Le contact social avec les compagnes de travail avec lesquelles on échange des choses dans la journée au fil des semaines, l'amitié qu'on développe tout ça.</p> <p>Le travail, on est comme une famille, comme compagnes de travail.</p> <p>Le contact avec les compagnes de travail ça c'est important.</p> <p>J'ai des filles avec qui j'ai travaillé mettons vingt ans aux soins intensifs là, des filles que je vais voir quelques fois par année, eux autres me manqueraient plus.</p> <p>Pas mon équipe actuelle, mais les filles que je te parlais avec qui j'ai travaillé aux soins intensifs vont me manquer.</p> <p>Ca va me manquer, le groupe, les échanges qu'on a, on s'encourage puis tu sais ont est des fois différents d'âge, les filles parlent de leurs enfants, on se donne beaucoup de support.</p> <p>Le contact avec les collègues c'est vraiment important pour moi.</p> <p>Mes compagnes de travail, les compagnes à travers l'hôpital.</p> <p>Au centre d'oncologie c'est vraiment spécial, la collaboration est bonne.</p>

Dimensions	Sous-dimensions	Citations
2. Relations sociales	Collègues (suite)	<p data-bbox="269 224 326 1409">Il y a vraiment une belle collaboration une belle complicité aussi au niveau du travail dans un département que tu ne retrouves pas sur les étages.</p> <p data-bbox="354 224 448 1409">On a toujours tout le monde quelque chose à dire, tout ça avec notre petit café le matin, on arrive un petit peu en avance pour ça, tu sais c'est important ça, ça va me manquer. On a une belle complicité avec ces gens là.</p> <p data-bbox="475 224 570 1409">On se retrouve un peu en solitude, le contact avec la société n'est plus le même. Tu te retrouves à ta pension, tes compagnes de travail sont encore en milieu de travail la plupart, tes amies sont au travail alors on se retrouve devant un grand vide.</p> <p data-bbox="597 289 628 1409">Le contact avec les gens, le contact professionnel, tu retrouves la solitude c'est une grosse adaptation.</p> <p data-bbox="656 302 716 1409">C'est que j'ai vécu une grande solitude, c'est une coupure avec le milieu du travail, c'est une grande solitude, c'était pas évident, ça c'est une chose qui est difficile à vivre.</p> <p data-bbox="743 239 803 1409">Quand tu es chez toi toute seule dans ta maison, ton mari est encore parti travailler par exemple ou encore s'il est à sa retraite on est deux seulement, on se sent isolés.</p> <p data-bbox="831 1045 862 1409">Ils vont me manquer c'est sûr là.</p> <p data-bbox="889 659 920 1409">Je sens que tout le monde me connaît puis je connais tout le monde.</p> <p data-bbox="948 224 1026 1409">Le soir soit le vendredi ou le samedi soir, on allait prendre un verre, on allait manger un morceau, l'été y en avait toujours un ou une qui faisait un souper, on se ramassait chez une chez l'autre, tu sais on se côtoyaient.</p> <p data-bbox="1053 239 1182 1409">On n'a plus, j'suis plus là, on n'a plus ce lien là qu'on avait. Si eux décident d'aller prendre un verre un vendredi soir, bien ils ne m'appelleront pas pour me dire bien on part ça te tente de venir, j'suis pas là! Ça c'est un peu plus, ça ça me fait quelque chose, mais je me dis faut que je me laisse le temps puis ça va...Oui, je vais développer autre chose avec les filles de la salle d'opération.</p> <p data-bbox="1209 239 1294 1409">La chose qui va me manquer le plus, très honnêtement, c'est le contact avec les compagnes de travail, les compagnons. On a beau dire on va se revoir, on s'appelle, on va manger au restaurant, on finit qu'on ne voit plus les gens. ça nous manque les premières années où on est à la retraite.</p>

Dimensions	Sous-dimensions	Citations
2. Relations sociales	Superviseur	<p>J' imagine que dépendamment si on changeait de personne, je ne sais pas si ça demeurerait comme ça.</p> <p>Oui, je trouverais ça difficile parce que j' aurais peur qu' ils trouvent quelqu' un à leur image de direction qu' ils veulent. ils ne veulent pas, ils disent qu' ils sont près de leurs employés mais c' est pas tout à fait ça qui se passe fait que j' aurais peur qu' ils choisissent quelqu' un à leur image à eux.</p> <p>Toujours facile de lui parler, tu l' appelles, elle nous répond tout le temps, elle vient tous les jours nous dire bonjour. Si elle a de petites informations elle nous les donne, sinon elle s' en retourne. C' est facile de lui parler, on peut raconter une histoire qui n' a pas de rapport avec le travail, c' est familier c' est chaleureux, l' échange qu' on a. Elle dîne avec nous presque à tous les midis, on en voit pas beaucoup, je pense qu' elle est la seule dans le CLSC qui est une supérieure immédiate qui fait ça.</p> <p>Ma superviseure, c' est une bible, c' est une femme qui a tellement d' informations. D' abord c' est un cœur, c' est une personne admirable, c' est sûr que c' est important d' avoir un supérieur qu' on peu admirer puis dire j' aimerais ça lui arriver à la cheville.</p> <p>Oui énormément. Ca là c' est professionnel, jusqu' au bout des ongles, professionnelle et humaine, ces deux qualités c' est rare, c' est très rare de trouver les deux qualités ensemble. Ca fait vingt ans que je pratique puis j' ai rarement vu ça.</p> <p>Bien, elle est toujours de bonne humeur, c' est quelqu' un aussi pour travailler qui a beaucoup de connaissances. Ca fait vingt ans qu' elle fait des services intensifs. Elle est super efficace, elle travaille bien et si tu as des questions tu peux toujours aller la voir, ça va me manquer.</p> <p>Oui, c' est ça parce qu' avant avec l' autre infirmière chef au bloc disons qu' elle travaillait plus pour le bloc opératoire que pour ses employés.</p>
	Équipe	<p>Ca c' est une chose en dialyse aussi, le fait de partir de là-bas, l' équipe de travail, ça été quelque chose, surtout le soir on était une équipe assez jeune on étaient tous dans le même âge à peu près, on se voyait en dehors de l' hôpital.</p> <p>Ca se passait bien. On a beaucoup plaisir à travailler ensemble. Puis là bien c' est un plaisir que je commence à retrouver en travaillant à la salle d' opération.</p>

Dimensions	Sous-dimensions	Citations
2. Relations sociales	Équipe (suite)	<p>Bien, j'essaierais de retrouver la même chose si je retouruais, parce que moi je suis chaleureuse de nature, je ne serais pas capable d'aller travailler dans un endroit où l'équipe n'est pas intéressée, ça jouerait dans mon goût de changer.</p> <p>C'est sûr que nous on est habitué de travailler avec une grosse équipe, donc du jour au lendemain quitter l'emploi et se retrouver ici à la retraite déjà là ça réduit beaucoup les contacts.</p> <p>Je me sentais vraiment comme dans une équipe, j'appartenais à l'urgence c'était mon terrain de jeu à moi aussi.</p> <p>Oui, ah oui! On a vraiment un lien les filles ensemble on va à des congrès ensemble, on s'organise toujours ensemble.</p> <p>Toute la relation qu'il y a avec le partage avec les autres cliniciennes aussi, mais pas juste avec les autres cliniciennes, mais avec tous les autres professionnels de la santé parce que c'est vraiment où je travaille, le travail en interdisciplinarité est vraiment fort.</p> <p>On ne travaille pas en vase clos, c'est ce qui est très très intéressant.</p> <p>Ils me manqueraient si je quittais mon emploi parce que c'est sûr qu'au niveau professionnel la quantité d'informations qu'on peut partager.</p> <p>De travailler en partageant nos idées.</p> <p>Le travail d'équipe.</p> <p>C'est le sentiment qu'on fait une bonne équipe à l'hôpital ensemble puis qu'on s'entraide, puis qu'on se fait confiance une et l'autre puis l'un et l'autre.</p> <p>C'est un côté qui nous manque quand on s'en va. On s'en déshabitude petit à petit on passe à autre chose là, mais de se sentir entourée, de sentir qu'on fait partie d'un groupe qui va bien ensemble ça c'est une chose qui est très motivante, pour moi. Tu pars pour travailler le matin tu es contente parce que tu veux retrouver une telle, une telle.</p> <p>Ca connecte bien ensemble, on travaille bien ensemble.</p> <p>La disponibilité des gens, la disponibilité de tout le monde autour à s'entraider puis à faire vraiment un travail d'équipe.</p>

Dimensions	Sous-dimensions	Citations
2. Relations sociales	Equipe (suite)	<p data-bbox="289 214 349 1409">Se sentir entourées, sentir qu'on fait partie d'un groupe, on fait partie d'une équipe, quand on s'en va à la retraite ça manque.</p> <p data-bbox="375 1245 402 1409">Avec les gens.</p> <p data-bbox="423 214 483 1409">Excessivement triste, ça va vraiment bien. c'est ce qui fait une grande partie du travail aussi. Lorsqu'on est bien avec les gens avec qui on travaille, c'est une bonne partie de la rétention en emploi.</p> <p data-bbox="516 804 544 1409">On a un meilleur travail d'équipe avec les gens autour.</p> <p data-bbox="565 214 625 1409">Quand je travaillais sur d'autres départements puis qu'y avait un bon travail d'équipe ça faisait toute la différence.</p> <p data-bbox="651 214 711 1409">Puis, ça pèserait dans la balance pour savoir est-ce que je change de département ou pas, c'est comme si tu vas essayer ailleurs, si tu t'aperçois que l'équipe est moins...</p> <p data-bbox="737 352 764 1409">Sur l'étage, l'équipe était tellement agréable que c'est pour ça que je suis restée neuf ans là-bas.</p> <p data-bbox="790 214 850 1409">L'équipe était tellement agréable que bon ça a rendu acceptable le fait de travailler là pendant neuf ans de temps.</p> <p data-bbox="876 695 904 1409">Je pense que l'on fait une bonne équipe, c'est une bonne famille.</p> <p data-bbox="930 214 1049 1409">Oui, parce qu'on développe certaines choses en milieu de travail professionnel puis lorsqu'on a quitté ça, bien c'est un monde spécial le milieu hospitalier dans lequel on travaille. Les contacts humains sont là et lorsqu'on quitte ça, ça fait un grand vide, je l'ai vécu quatre mois puis, oui ça fait un grand vide et je n'étais pas capable de rester comme ça.</p> <p data-bbox="1075 552 1102 1409">J'avais une belle relation professionnelle avec l'équipe avec qui on travaillait.</p> <p data-bbox="1128 214 1188 1409">Oui, oui oui automatiquement tu perds ton équipe de travail, c'est en relation avec ton travail c'est bien sûr. L'équipe de travail était très important au point de vue professionnel.</p> <p data-bbox="1214 214 1274 1409">C'était une perte, on avait une bonne équipe de travail, on arrivait le matin, on se donnait la main, on faisait le travail ensemble on s'entraidait, on se donnait des conseils, on était vraiment une belle équipe de travail.</p> <p data-bbox="1300 1020 1328 1409">La relation avec le personnel aussi.</p>

Dimensions	Sous-dimensions	Citations
2. Relations sociales	Equipe (suite)	<p>On est un beau groupe, c'est important aussi. On est une bien belle équipe, les médecins sont fins, c'est vraiment un travail d'équipe.</p> <p>Tu fais partie d'une équipe.</p> <p>On travaille vraiment bien ensemble puis y a un bel esprit d'équipe, que parfois tu ne retrouves pas partout, il y a un bel esprit, c'est tellement plaisant j'aime tellement ça, j'aime bien bien ça mon travail.</p> <p>Je suis partie le cœur gros, parce que j'aimais ça aussi : « j'ai dit je pars avec ma tête, je ne pars pas avec mon cœur, je pars avec ma tête c'est une décision réfléchie », puis tu sais parce que là aussi on était un beau groupe.</p> <p>C'est sûr que je vais m'ennuyer de mon groupe dans le sens où on fait du social, on parle, on connaît la petite histoire de tout le monde, c'est plaisant. Ca c'est sûr que ça va me manquer.</p> <p>Les gens sont gentils, je ne pourrais pas être mieux ailleurs. On est bien privilégiées, puis on est bien traitées par les médecins.</p> <p>C'est plaisant, mon équipe on est toutes des filles dans la trentaine, il y a une atmosphère familiale que j'avais pas vraiment au bloc opératoire.</p> <p>C'est ça le fait de travailler avec les mêmes filles tout le temps, ça crée un lien d'appartenance, tranquillement.</p> <p>J'avais comme perdu mon équipe. Dans ma nouvelle équipe on a le temps de discuter, on fait nos dossiers, c'est plaisant. Le contact avec tes collègues c'est vraiment important pour moi.</p> <p>Oui oui oui, même au bloc j'ai eu un peu de peine parce que je quittais pas mal une belle équipe.</p> <p>Ah oui, bien c'est sûr à chaque fois que tu quittes un milieu, c'est difficile.</p> <p>La relation avec mon équipe.</p> <p>Oui, l'esprit d'équipe avec les gens, l'esprit d'équipe.</p> <p>Les médecins avec qui on travaillait on avait une bonne complicité professionnelle.</p>

Dimensions	Sous-dimensions	Citations
3. Valeurs humaines	Reconnaissance	<p>Je sens que je suis appréciée beaucoup aussi par la clientèle.</p> <p>Le fait d'être appréciée de ces gens là qui sont fiers du service, c'est de la reconnaissance qui me manquerait de la part de la clientèle.</p> <p>Oui j'ai trouvé ça difficile, j'ai pleuré moi aussi parce que j'ai dit mon dieu... Au fond je me disais c'est parce qu'ils m'apprécient que ça me fait ça, c'était le merci le plus précieux que je pouvais avoir, il y a pas d'argent qui égal ça.</p> <p>C'est l'aspect le plus valorisant de mon travail j'ai toujours des mercis mercis d'avoir été là, c'est toujours extrêmement valorisant, c'est le plus beau côté de mon travail.</p> <p>Même s'ils ont refusé je leur ai apporté quelque chose et ils me remercient pareil d'avoir été là.</p> <p>C'est un travail très valorisant.</p> <p>C'est qu'il y a beaucoup de reconnaissance.</p> <p>Ils reconnaissent vraiment la qualité de notre travail. On est vraiment respecté pour ça. Ca y fait et c'est peut-être le point qui me fait le plus plaisir, d'être reconnue pour ce qu'on fait.</p> <p>La reconnaissance est vraiment importante, la reconnaissance des pairs, de ceux qui t'embauchent aussi. C'est vraiment important.</p> <p>On vient dans ton bureau, et on te dit, tu as fait du beau travail, c'est bien, félicitations, c'est excellent, même les directrices qui disent c'est merveilleux le travail que tu fais, ça nous aide vraiment, ça répond à nos besoins.</p> <p>La reconnaissance en quelque part au travail fait en sorte qu'on veut y rester aussi.</p> <p>On constate de plus en plus que les patients sont contents, ils nous disent merci, ils nous disent qu'on fait un bon travail, qu'ils se sentent bien, qu'ils se sentent en confiance parce qu'on s'occupe d'eux puis tout ça, c'est gratifiant ça.</p> <p>La reconnaissance qui est comme un moteur. Ça motive à aller travailler.</p> <p>Quand les patients te le disent qu'ils sont contents, qu'ils ont été soulagés, merci beaucoup, vous faites du bon travail, c'est valorisant pour nous autres puis ça nous situe par rapport à l'action qu'on pose.</p> <p>Il y a beaucoup de valorisation dans ce que je fais.</p>

Dimensions	Sous-dimensions	Citations
3. Valeurs humaines	Reconnaissance (suite)	<p>Au niveau de la reconnaissance, de l'environnement, ça toujours été mon soutien.</p> <p>L'empathie des gens puis la reconnaissance des gens envers la profession d'infirmière ça toujours été pour moi vraiment important. Pour moi ça toujours été très important.</p> <p>Ils partent puis ils sont contents. Ils nous le disent tu sais que ça c'est valorisant, c'est plaisant.</p> <p>Je te dis ils sont en général bien contents et ils nous remercient.</p> <p>On sent que le patient apprécie aussi les soins qu'on va lui apporter.</p> <p>Tu sais c'est une reconnaissance.</p> <p>Les résidents quand ils venaient ils savaient qu'ils pouvaient se fier sur le personnel infirmier donc je trouve que c'est valorisant pour l'infirmière de savoir que c'est une bonne entité et qu'elle est reconnue dans son travail.</p> <p>Une chose aussi c'est que les gens me connaissent maintenant. Ils savent ma valeur.</p> <p>J'en ai peut être touché un mot c'est la reconnaissance à savoir ma crédibilité, la valeur que j'ai quand on doit aller à l'extérieur ou s'implanter ailleurs souvent c'est ça il faut toujours se refaire une crédibilité, se refaire... Ca je pense que je trouverais ça dure, toujours à refaire ça là parce que ça demande de l'investissement.</p> <p>Oui, oui. Puis on a une bonne compréhension c'est à dire que les médecins aussi font confiance au personnel infirmier, ça aussi c'est important.</p>
	Utilité	<p>Certains sont vraiment sincères qu'ils sont fiers de nous voir.</p> <p>Je sens que dans le fond j'ai apporté, j'espère de ne pas finir en disant bon bien là ils ont plus besoin de moi dans le fond puis que j'ai rien qu'à m'en aller chez nous.</p> <p>Je voudrais rester comme s'ils auraient encore besoin que je sois là. C'est ce sentiment là que j'aimerais avoir.</p> <p>Je dirais c'est d'être utile à quelqu'un, je pense que c'est toujours ça, je dirais la pierre angulaire là, on veut se sentir utile on veut apporter quelque chose à quelqu'un à la société, donc c'est sûr qu'en quittant l'emploi on n'a pas...</p>

Dimensions	Sous-dimensions	Citations
3. Valeurs humaines	Utilité (suite)	<p>Je trouve, j'ai l'impression que je leur apporte quelque chose à ces familles.</p> <p>C'est ça le contact avec les autres infirmières, j'ai l'impression de leur apprendre quelque chose.</p> <p>Je leur apporte quelque chose.</p> <p>Je me sens utile.</p> <p>Alors par nos soins et par notre attitude quand on les reçoit, de faire en sorte qu'ils se sentent réconfortés puis en sécurité.</p> <p>Probablement le sentiment de se sentir utile, on se valorise beaucoup dans le sentiment de se sentir utile.</p> <p>C'est pas la même chose. Les patients ce sont des gens dépendants, la différence c'est qu'on se sent nécessaire à eux.</p> <p>C'est là que je me sens utile.</p> <p>Le sentiment de vraiment changer les choses.</p> <p>Probablement le sentiment d'être utile, attendue et le sentiment de vraiment faire quelque chose, c'est important d'essayer d'améliorer la société dans laquelle je vis.</p> <p>J'ai toujours trouvé très valorisant de travailler auprès des gens, oui beaucoup.</p> <p>Oui, ça été dans ma vie d'infirmière une grosse valorisation.</p> <p>C'est ça que j'aime, il faudrait que je retrouve ça aussi. Cette idée d'être utile pour moi c'est très important ça toujours été très très important.</p> <p>Le fait d'être capable de les aider, des fois c'est juste de leur donner un verre d'eau, puis t'as un sourire d'avoir donné un verre d'eau. C'est banal donner un verre d'eau à quelqu'un mais pour eux autres c'est important dans le fond, c'est faire le possible pour essayer des soulager, de rendre ça moins pénible leur hospitalisation.</p> <p>J'aime donner de l'aide aux patients.</p> <p>Un sourire une petite tape sur l'épaule, on sait que ça leur fait du bien.</p> <p>J'aime être utile.</p>

Dimensions	Sous-dimensions	Citations
3. Valeurs humaines	Utilité (suite)	<p>Tu les rassures puis tu détends l'atmosphère .</p> <p>J'aime ça, je me sens utile.</p> <p>Contrairement, aux soins intensifs, je me sens valorisée en écoutant les patients.</p> <p>Oui c'est ça, j'ai peur de perdre ça aussi à ma retraite.</p>
	Qualité des soins	<p>Par exemple, si elle a huit patients à s'occuper, puis qu'elle n'a pas beaucoup de temps, puis qu'elle court de l'un à l'autre, bien c'est pas satisfaisant. Elle a même pas le temps de parler un peu avec les patients. Tandis que nous à la salle d'opération, l'avantage qu'on a c'est qu'on prend soin de un patient à la fois. Ça pour moi c'est un des grands avantages. à ce moment là, on peut vraiment se consacrer à la personne qui est là, puisqu'on en a qu'une à la fois.</p> <p>Ce qui nous satisfait c'est les amener vers la porte de la salle de réveil dans les meilleures conditions possibles.</p> <p>C'est de faire en sorte que la petite période qu'ils vont avoir passée avec nous autres à la salle de réveil même si bien souvent ils ne s'en rappellent pas ou à peu près pas, qu'il leur reste comme une impression qu'ils étaient bien à la salle de réveil, qu'ils étaient confortables, qu'ils avaient chaud, qu'ils avaient pas trop mal parce qu'on les a soulagés comme il le faut.</p> <p>L'important pour moi, c'est surtout pour avoir la qualité des soins, si on se retrouve dans un endroit où tu n'est pas capable de donner des soins de qualité, je changerais de place.</p> <p>Ce que j'aime de mon travail présentement c'est que je fais une affaire à la fois. Je fais une affaire à la fois.</p> <p>T'as le temps de lui parler de lui expliquer, tu fais des farces, tu détends l'atmosphère mais tu fais une affaire à la fois.</p> <p>Là où je travaille présentement, je fais une affaire.</p> <p>Moi je me dis toujours : « moi j'aime mieux bien travailler ne pas me faire pousser dans le dos là », tu sais des fois il y a des médecins qui poussent.</p>

Dimensions	Sous-dimensions	Citations
3. Valeurs humaines	Qualité des soins (suite)	<p>Ce que j'aime présentement qui me manquerait c'est pas tellement de manipuler l'appareil là, c'est de faire bien ce que j'ai à faire et une chose à la fois.</p> <p>Il y a pas beaucoup de départements c'est comme ça, c'est ça qui fait qu'on est bien.</p> <p>Ce département là j'aime ça parce que tu peux avoir une qualité de travail.</p> <p>T'as cinquante choses à faire en même temps. Puis t'as l'impression des fois, tu bouscules pas les patients, tu sais quand le patient te parle puis tu t'en vas dans la porte, parce que t'as pas le temps de lui parler là, c'est vrai ça. T'es toujours bousculée, bousculée. C'est pas drôle sur les étages, c'est pas drôle, je suis privilégiée comme je te dis.</p> <p>Donner des bons soins.</p> <p>C'est pas comme sur les départements, tu cours pas d'un patient à l'autre, tu essaies pas d'éteindre des feux partout, c'est pas ça.</p>
	Respect	<p>Aussi, les chirurgiens quand ils arrivent à l'urgence, ils sont pas mal plus respectueux de ce que t'es comme infirmière qu'à la salle d'opération.</p> <p>Je trouve qu'à la salle d'urgence c'est plus d'égal à égal de professionnel à professionnel, au bloc opératoire ils sont dans leur terrain de jeu.</p> <p>Je travaille avec d'autres professionnels. c'est le respect. Il y a une façon de se partager nos idées et de le dire qui est respectueuse.</p> <p>Les médecins, ils sont tous gentils, ils sont tous fins, ils sont tous respectueux.</p> <p>Puis il y a beaucoup de respect de la part des médecins, je me sens reconnue comme professionnelle.</p> <p>Oui, parce que le médecin quand il va te parler, tu sens vraiment qu'il parle avec une professionnelle, puis il va venir te parler d'un patient.</p>

Dimensions	Sous-dimensions	Citations
4. Expertise	Expertise	<p>Ce que j'ai trouvé difficile c'est partir d'un endroit où j'étais considérée comme une experte dans ce que je faisais, bien experte pas dans le sens que je suis la meilleure mais considérée, j'avais une expertise, je savais où je m'en allais et là je retombe. J'ai l'impression de sortir de l'école puis de plus savoir rien faire et ça c'est dur, c'est dur sur l'égo. Puis en même temps ça fait du bien de se rendre compte qu'on peut pas tout savoir.</p> <p>Je ne me verrais pas quitter la salle d'opération maintenant puis retourner sur les étages, parce que j'aurais besoin d'une actualisation.</p> <p>Nos capacités professionnelles sont pas mises en doute, c'est l'infirmière clinicienne à qui on va ré féter, c'est une source sûre, ils nous reconnaissent cette capacité là.</p> <p>T'es la spécialiste dans le domaine, puis on t'appelle, on te reconnaît cette capacité là.</p> <p>Ce qui est intéressant, c'est qu'on devient vraiment une référence, on est nommé en référence auprès de d'autres à l'extérieur pour qu'ils viennent ré féter à nos documents, parce que nous on a la chance vraiment de développer puis d'innover en plus.</p> <p>Le prix à payer est d'investir huit mois de formation intense, d'apprendre un tas de choses que je ne connais pas et bien mémoriser ces choses là pour être adéquate.</p> <p>Tu sais qu'est ce que tu vaux. Avoir quelque chose dans un autre département, c'est comme si tu perds un peu tes capacités, tu sais pas trop ce que tu vaux là.</p> <p>Tu recommences, t'as l'impression d'être une petite nouvelle qui recommence même si ça fait trente ans que tu es dans le métier. Tu recommences presque à zéro.</p> <p>C'est sûr ça m'a pris un peu de courage pour faire ça, parce que je savais que je n'étais plus aussi compétente. J'étais plus aussi efficace qu'avant, donc ça joue sur l'orgueil. Il fallait que je réapprenne.</p> <p>Je sais bien faire ce que je fais.</p> <p>Je dirais que j'étais bonne dans ça.</p> <p>Ici ils sont d'accord à m'utiliser avec les choses que je connais bien.</p> <p>Peut-être que ça ferait bizarre au début, parce quand on est habitué.</p> <p>On les manipule avec aisance puis qu'on les connaît les yeux fermés ça va plus vite.</p>
	Habilité	

Dimensions	Sous-dimensions	Citations
4. Expertise	Habilité (suite)	<p>C'est les choses que je fais bien, que je connais.</p> <p>C'est ça que je dis on devient plus habiles au niveau du mécanisme physique aussi.</p> <p>Il y a des techniques de travail, ils ne travaillent pas nécessairement pareil. Tu as l'habitude de travailler d'une façon, t'arrives ailleurs le fonctionnement est complètement différent, c'est pas évident. J'avais pas...</p> <p>A un moment donné on devient à l'aise là-dedans. Se retrouver dans un nouveau milieu des nouvelles techniques c'est sûr que...</p> <p>T'as appris des nouvelles techniques.</p> <p>Des nouveaux instruments, puis là tu dis je les connais super bien, ça va bien et moi je suis capable de passer les yeux fermés, je sais tout préparer.</p> <p>Il y a plusieurs compagnies ça fait que les gens qui ont été dans un autre hôpital, bien c'est pas les mêmes instruments.</p> <p>Pas les mêmes dossiers, pas les mêmes recueils, pas les mêmes tubes.</p> <p>Tu étais bonne avant, puis là t'es plus bonne.</p> <p>Oui, c'est ça. des fois c'est de savoir que tu n'utilises pas ton potentiel, tu sais que tu es capable de faire des choses, c'est plaisant, c'est agréable puis là c'est restreint à un certain niveau.</p> <p>Nous autres on est habitué à l'urgence, tu le fais une fois tu le sais puis c'est fini. Tu t'en viens bonne là-dedans.</p> <p>Mais là tu dis, il me l'a dit tantôt comment ça se fait ah mon dieu de quel bord déjà? C'est à réapprendre mais tu le sais que tu vas finir par l'apprendre.</p> <p>Tu viens que tu sais ce que tu as à faire.</p> <p>C'est que j'avais des habiletés. Par exemple, comment utiliser un laser... Quand je suis retournée puis j'ai pitonné sur ces appareils là encore avec facilité, puis en tout cas j'étais contente de refaire ça.</p> <p>La dextérité au niveau de piquer les patients, ça je l'ai et puis j'adorerais la conserver.</p>

Dimensions	Sous-dimensions	Citations
4. Expertise	Apprentissage	<p>L'aspect du réveil, du goût de voir de savoir puis de s'informer, ça en ayant pas d'emploi c'est sûr que t'es moins à l'éveil.</p> <p>Bien, dans le sens que ça nous oblige à rester alerte. Donc, le coût ce serait la perte de la capacité de rester l'esprit vif. Là on n'a pas le choix. il faut être vif, être rapide. Ça demande d'apprendre le fonctionnement des nouveaux appareils, ça favorise un bon vieillissement.</p> <p>C'est très important, parce que ça te maintient alerte.</p> <p>Je trouverais ça difficile et pénible même qu'aparavant ce que je faisais, je les payais moi-même parce que je trouvais ça trop important.</p> <p>C'est ça qui est intéressant c'est le partage, donc c'est vraiment très intéressant. Ça stimule oui.</p> <p>Ce qui est important, c'est de rester active de garder les connaissances à jour. Moi je suis une personne qui a toujours progressé tout le temps tout le temps, puis pour moi c'est important.</p> <p>Ma capacité de continuer à apprendre.</p> <p>Aussi, c'est qu'on est tout le temps en train de renouveler nos connaissances, parce qu'aux soins on a souvent des affaires qu'on a jamais vu, c'est beaucoup d'apprentissage dans le continu.</p> <p>Oui, je trouverais ça dommage parce que ça reste que c'est intéressant puis tu en apprends plus, puis on travaille mieux.</p> <p>Je trouve que ça nous garde, ça nous maintient au courant de... parce que la chirurgie change, les méthodes changent, au cours des années, il y a toujours des nouvelles techniques, sauf que là quand on a une chirurgie comme celle là.</p> <p>Oui, oui. parce que c'est encore de l'apprentissage. C'est quelque chose de nouveau.</p> <p>Oui, parce que c'est l'apprentissage.</p> <p>J'en apprends à tous les jours, c'est pas routinier.</p> <p>Ce qu'on perd beaucoup, c'est qu'on a les connaissances médicales, on apprend énormément à tous les jours de bonnes connaissances médicales.</p> <p>Les connaissances médicales aussi on est à la fine pointe de tout quand on travaille, ça c'est certain.</p>

Dimensions	Sous-dimensions	Citations
4. Expertise	Apprentissage	J' avais encore des choses à apprendre dans le milieu hospitalier. Des nouvelles chose qu' ils venaient d' apporter, des nouvelles procédures... je n' étais plus capable de les suivre, je perds tout ça là, j' avais tout perdu ça, de ne plus être à jour dans les connaissances professionnelles. Mon travail me manquait et j' avais encore des choses à vivre dans le milieu professionnel là.
		J' ai autre chose à vivre. J' ai autre chose à apprendre.
		L' apprentissage médical c' est sûr à un moment donné.
		Oui ça m' a manqué puis d' un autre côté après les informations que j' ai reçu étant donné que les budgets n' étaient plus là, ils ont tout coupé les formations alors ça m' a comme soulagé un peu.
	Connaissances	Alors quand tu arrives sur un autre département, puis que tu es restée longtemps en obstétrique... Je ne me souvenais pas de ça, ah oui, ah oui, ah oui.
		Comme quand je suis allée essayer en endoscopie, c' est pas juste ça qui m' a fait décider de revenir, mais tu sais de dire que toutes les connaissances que tu avais, tu n' en tiens plus compte parce que tu n' en as plus besoin.
		Je n' utilisais plus mes connaissances.
		J' avais perdu mes connaissances professionnelles.
		La mise à jour de tout ça, la mise à jour de cette spécialité là, les connaissances médicales que j' avais, j' avais l' impression de reculer.
		Je ne peux pas croire que je vais tout perdre ça du jour au lendemain. Non, de les apprendre et de les laisser de côté complètement là.
		Quand j' ai recommencé à travailler, il a fallu que je me réajuste, que j' étudie, j' en avais perdu un peu puis ça m' a fait réaliser.

Dimensions	Sous-dimensions	Citations
5. Travail quotidien	Type de tâches	<p data-bbox="272 222 329 1409">Si c'est juste un petit peu de chaque affaire je ne pourrai pas approfondir, puis je ne suis pas bien dans cette situation là ce qui fait que je ne fais pas de service courant.</p> <p data-bbox="354 264 443 1409">Quand je suis arrivée ici ils voulaient transformer ce poste là en poste de service courant et puis comme moi je ne voulais pas faire le service courant, j'ai insisté beaucoup pour que le poste soit un poste d'infirmière au centre de prélèvement, point.</p> <p data-bbox="467 275 500 1409">Il reste que ça me plaît quand même le travail que je fais. Je ne changerais pas pour aller sur les étages.</p> <p data-bbox="524 751 557 1409">Le choix du travail. Tu prends les miettes de tout le monde.</p> <p data-bbox="573 380 605 1409">Faire de l'enseignement, de leur apprendre quelque chose, ça c'est un petit côté bien plaisant.</p> <p data-bbox="630 380 662 1409">Il y a des tâches comme j'ai été au niveau relationnel avec des familles, ça c'est un gros plus.</p> <p data-bbox="686 365 719 1409">Ce qui est très particulier c'est tout le développement clinique. C'est tout le travail intellectuel.</p> <p data-bbox="735 646 768 1409">Ce qui me manquerait vraiment c'est tout le développement clinique.</p> <p data-bbox="784 233 873 1409">C'est ma force développer des programmes, faire beaucoup de lecture, c'est vraiment... Je travaille actuellement vraiment avec mes forces et j'aime beaucoup ça. Des fois on doit donner des conférences, on assiste à des conférences, donc ça j'aime vraiment beaucoup ça.</p> <p data-bbox="898 247 963 1409">Oui, bien le plus gros coût ça serait je me dis de retourner travailler comme infirmière bachelière dans un hôpital, un CHSLD.</p> <p data-bbox="987 835 1019 1409">C'est vraiment le type de travail où je me sens bien.</p> <p data-bbox="1036 1136 1068 1409">Avec le genre de travail.</p> <p data-bbox="1084 646 1117 1409">Tout le côté travail, ce genre, ce type de travail là c'est ça que j'aime.</p> <p data-bbox="1133 1052 1166 1409">Le style de soins à donner aussi.</p> <p data-bbox="1182 289 1239 1409">Oui, mais par contre j'ai découvert que écrire des protocoles, écrire des techniques, tous les écrits qui peuvent rester et aider aux connaissances j'aimais autant ça, sinon plus que faire de la formation.</p> <p data-bbox="1263 264 1383 1409">Oui, parce que j'ai essayé en CLSC, puis je trouvais que c'était trop long pour moi. Moi je suis une fille d'action, c'est pour ça que je travaillais à l'urgence. J'ai essayé aussi au CEGEP, professeur de CGEP parce que c'était de la formation. c'était des étudiantes, il fallait vraiment les former, finalement non, je préférerais rester dans le milieu hospitalier et compléter la formation d'infirmières déjà formées.</p>

Dimensions	Sous-dimensions	Citations
5. Travail quotidien	Type de tâches	<p>Personnellement, j'adore l'urgence.</p> <p>J'ai eu un poste en endoscopie, j'ai essayé une semaine et puis je suis revenue, je ne suis pas capable de sortir de l'urgence.</p> <p>J'aime le travail, j'aime les techniques qu'on fait, j'aime les techniques.</p> <p>J'étais une instrumentiste, des tubes et des tubes et des tubes, je donnais le médicament que le médecin prescrivait puis après il faisait l'examen avec son tube. Je n'aimais pas ça.</p> <p>Mais en endoscopie, je n'aimais pas le travail, ça ne me tentait pas de venir travailler le matin.</p> <p>Ca m'a pas fait choisir tout ça plus parce que ça ne me tentait pas de faire ça comme travail.</p> <p>Je suis retournée parce que mon travail me manquait, j'aime beaucoup mon travail.</p> <p>Le travail que j'aimais faire, le travail que j'aimais faire ça me manquait beaucoup.</p> <p>J'avais une belle spécialité, c'était intéressant.</p> <p>L'affaire la plus importante comme je te dis c'est que la cardiologie j'aime ça beaucoup beaucoup.</p> <p>Oui, oui parce qu'ailleurs, il y a facilement cinquante pour cent de tes tâches qui ne sont pas des tâches d'infirmières.</p> <p>Ca j'aime ça parce qu'au bloc j'orientais pas vraiment, c'était très rare. Par exemple, des fois j'orienté des jeunes filles de dix-neuf ans. Je dois leur donner goût à la profession, c'est plaisant de les voir faire, tu es fière.</p> <p>Je ne serais pas allée n'importe où. j'aime la chirurgie alors c'est un département de chirurgie.</p> <p>Oui qu'est ce que j'aimais beaucoup. J'avais appris à m'occuper d'une salle pour vérifier que les choses ne soient pas passées date, qu'il ne manque jamais de médicaments ou tout ça, faire des commandes je faisais ça encore bénévolement.</p> <p>Le style de travail.</p> <p>L'enseignement qu'on fait aux patients, le suivi qu'on fait avec le patient.</p> <p>Je trouve que j'ai un travail intéressant, c'est stimulant, je développe des choses.</p>

Dimensions	Sous-dimensions	Citations
5. Travail quotidien	Latitude décisionnelle	<p>Les médecins se reposaient beaucoup sur nous.</p> <p>Souvent on se fiait à notre jugement, on appelait le médecin, puis on disait le patient a tels symptômes, j'ai fait cette intervention.</p> <p>Ils dépendaient beaucoup de nous. Le milieu de la salle d'opération ne s'y prête pas, non.</p> <p>Moi j'ai fait dix-sept ans d'urgence, là j'avais beaucoup plus de responsabilités, il fallait que je gère tous les impondérables.</p> <p>Elles ont pas beaucoup de jugement à faire, pas beaucoup de décisions à prendre, elles font ce que les médecins disent de faire, elles sont responsables de leur salle, de l'instrumentation.</p> <p>Elles ont pas de décision à prendre direct pour un patient. C'est ce que j'avais à l'urgence, c'est ce que je trouvais très intéressant.</p> <p>Non, t'as pas de pouvoir décisionnel, c'est pas compliqué, c'est ça que je trouve, ça me manque.</p> <p>Oui, beaucoup de jugement, d'observation clinique, oups il se présente telle affaire, il est en sueurs, il est pâle, attend minute, il se passe quelque chose.</p> <p>Oui, oui, je veux retrouver une autonomie professionnelle, d'être capable de gérer mes patients.</p> <p>Avoir de la latitude puis comme à la salle d'opération je me sens comme un peu une servante là tu sais.</p> <p>On leur fournit des pistes pour un diagnostic alors qu'à la salle d'opération ce que ça va faire, on va l'opérer là t'a comme rien à dire.</p> <p>Ici on me laisse carte blanche, je suis bien, je suis bien contente.</p> <p>Ah oui ah oui, écoute c'est sûr.</p> <p>Oui c'est un gros plus dans mon travail, ah oui.</p> <p>J'ai un travail à faire mais je le fais à ma façon et je le fais il n'y a personne qui me dit quoi faire.</p> <p>Les avantages bien c'est ça, c'est que l'autonomie on en a parlé.</p> <p>Moi mon plus gros aspects je pense que c'est l'autonomie, je trouve ça intéressant être très très autonome.</p> <p>Les gens ne me demandent plus de comptes.</p>

Dimensions	Sous-dimensions	Citations
5. Travail quotidien	Latitude décisionnelle (suite)	<p>Qu'est-ce que j'aime beaucoup dans ce travail là c'est toute la liberté. D'abord de rentrer, je suis libre de faire mes horaires de travail, je fais ma route de travail moi-même.</p> <p>Il y a beaucoup de place à l'initiative.</p> <p>J'ai connu vraiment pire que ça, très exigeant, la production j'ai connu ça, puis là je rentre et je peux faire mes choses à mon rythme.</p> <p>Le fait qu'on me fasse confiance, le fait qu'on me donne beaucoup de latitude.</p> <p>On se sent partie prenante des décisions, de l'action, de l'inaction dans certains dossiers.</p> <p>Les médecins nous connaissent, ils savent qu'on est habitués, puis ils nous laissent mettons un patient, tu vas donner, tu ouvres tes solutés, tu sais comment réagir.</p> <p>La très grande autonomie que je peux avoir.</p> <p>J'ai fait le choix d'avoir une plus grande liberté d'action.</p> <p>Ce qui est important c'est qu'on me laisse choisir les formations auxquelles je veux m'inscrire, j'ai toujours pensé que quelque chose de forcé est un peu plus difficile à digérer, je suis beaucoup pour le libre choix de chacun.</p> <p>C'est beaucoup l'autonomie.</p> <p>L'autonomie.</p> <p>C'est peut-être l'autonomie. À l'hôpital, il y a de la supervision tout le temps. L'autonomie dans les prises de décisions aussi.</p> <p>J'ai ma gestion de cas, j'ai mes patients, puis je fais ma petite affaire.</p> <p>Le CLSC c'est ma gestion de cas donc je m'arrange avec mes affaires, tandis que quand je suis arrivée au centre de soins prolongés, j'avais une équipe à gérer mais j'avais aussi du monde qui me disait comment faire.</p> <p>C'est moins de liberté là-bas c'est plus rigide, il y avait plus de rigidité au centre de soins qu'au CLSC.</p> <p>On est très autonomes pour moi c'est très important de ne pas toujours être à la remorque des médecins c'est drôle à dire là mais j'ai travaillé beaucoup à l'urgence. Quand on était de nuit souvent là c'est ce que j'aimais, parce qu'on avait pas de médecins tout de suite à côté, on initiait souvent des choses puis après ça le médecin venait puis là il cautionnait ce qu'on avait fait.</p>

Dimensions	Sous-dimensions	Citations
5. Travail quotidien	Latitudo décisionnelle (suite)	<p>Oui exactement, le jugement clinique donc au niveau de la pratique infirmière moi c'est des choses auxquelles je crois beaucoup.</p> <p>Mon autonomie.</p> <p>Moi, j'ai l'autonomie, je vais la prendre la décision de dire je le change de place. Je dois référer à mon assistant, mais je suis capable de lui dire trouve moi une place. Je fais le diagnostic et je prends la décision, parce que ça fait longtemps que je suis dans la place.</p> <p>Les contacts professionnels sont très importants aussi, la confiance professionnelle qu'ils vont nous donner, l'autonomie professionnelle, on a des outils de travail qui vont nous aider.</p> <p>C'est d'avoir de l'autonomie, beaucoup d'autonomie, de décisions professionnelles.</p> <p>Je pense qu'on a tous besoin de ça en fin de carrière d'avoir une belle autonomie professionnelle.</p> <p>Présentement là, bien mon dieu, bien c'est une liberté. J'aime la liberté que j'ai présentement puis avant à la salle d'opération je me sentais pas aussi libre. Par exemple, quand tu as une chirurgie en cours, tu travaillais pour le médecin puis tu pouvais pas quitter la salle avant qu'on vienne te remplacer. Maintenant c'est différent, tu planifies ta journée comme infirmière à l'étage, tu planifies j'ai tant de patients, j'ai tant de pensements à faire, j'ai des solutés... Tu organises tes choses, tes médicaments, le retour de salle d'opération.</p> <p>Oui, c'est ça. je me sens plus, il y a de l'autonomie.</p> <p>En ayant ma liberté pour planifier mes choses.</p>
	Défi	<p>Pas de défi, je trouve qu'il n'y a pas de défi dans le bloc opératoire.</p> <p>Me sentir sur la ligne de front, me sentir prête à attaquer dans n'importe quelle situation, n'importe quand. Tu as toujours une espèce de dose d'adrénaline minimale qui est là, ça doit aller avec mon tempérament. C'est ça qui me manquerait.</p> <p>Le travail serait complètement différent et puis l'espèce d'état d'urgence, parce que dans le fond, travailler aux urgences de l'hôpital, aux soins intensifs, dans les salles d'opération, il y a toujours un minimum d'état d'urgence qui fait partie du tableau, on dirait que c'est avec ça qu'on se sent bien. Il faut agir immédiatement, maintenant, c'est stimulant.</p>

Dimensions	Sous-dimensions	Citations
5. Travail quotidien	Défi (suite)	<p data-bbox="269 233 326 1409">Le type d'actions qu'il y a dans une salle de réveil, aux soins intensifs ou encore dans une salle d'urgence, c'est ça qui correspond à mon tempérament. Ça me manquerait.</p> <p data-bbox="350 233 440 1409">Je suis une fille qui aime que les choses qui vont vite et qui ne durent pas tellement longtemps en question de temps. Alors avoir un patient pendant un mois, un mois aux soins intensifs, l'espèce de sentiment de longueur fini par me lasser.</p> <p data-bbox="464 306 521 1409">J'aime donner des soins aux patients, j'aime leur rendre services pendant trois heures ou même une journée, mais savoir que je vais retrouver le même demain ça m'ennuie.</p> <p data-bbox="545 233 602 1409">J'aime les choses qui bougent, les choses passagères, les choses où on s'implique à fond mais pendant une période de temps relativement courte.</p> <p data-bbox="626 401 667 1409">Ce concept de longueur là, de voir l'évolution sur un plus long terme ça finit par me lasser.</p> <p data-bbox="691 233 748 1409">J'aime être dans un contexte de danger si on veut. J'aime rencontrer des situations, des personnes qui me mettent dans l'inattendu où je dois réagir.</p> <p data-bbox="773 233 894 1409">C'est comme toujours un défi de réussir à les sortir de leur pétrin ou tout simplement ceux qui sont en fin de vie de les laisser aller aussi. Mais je m'ennuierais parce que mon poste à moi c'est sept nuits aux soins fait que c'est sûr que j'ai toujours ma priorité aux soins, mais ça m'est arrivée de faire de l'étage puis je trouve ça long.</p> <p data-bbox="919 222 976 1409">J'aime mieux ça quand ils sont moins stables et puis que ça bouge un peu plus. Je ne crois pas que les filles de l'étage font rien mais c'est différent, c'est un autre travail qui est différent.</p> <p data-bbox="1000 1314 1024 1409">Le défi.</p> <p data-bbox="1049 222 1105 1409">Quand je suis partie, on annonçait une chirurgie d'urgence. Moi, j'aime ce défi là. il faut faire vite, c'est un moment critique, le patient c'est vrai que sa vie est vraiment en danger en ce moment.</p> <p data-bbox="1130 254 1187 1409">Oui, ce challenge là... parce que j'ai déjà travaillé dans un autre département. Tu sais quand les patients vont mal, c'est pas aussi fréquent qu'à la salle d'opération. Il y a pas autant d'urgence.</p> <p data-bbox="1211 233 1268 1409">C'est ça le plaisir de l'urgence. A chaque jour on arrive on regarde la feuille d'assignation et on peut être une journée à l'observation, une journée au bloc. On aime la variété.</p> <p data-bbox="1292 1251 1333 1409">L'adrénaline.</p>

Dimensions	Sous-dimensions	Citations
5. Travail quotidien	Défi (suite)	<p>Je trouvais qu'il n'y avait pas assez de diversité.</p> <p>Je suis pas capable de faire juste ça. À l'urgence, il y a l'adrénaline.</p> <p>Il faut aimer ce qu'on fait. Pour moi, c'est l'urgence, c'est l'adrénaline.</p>
	Routine	<p>Je ne suis pas prête à partir pour autant, je suis bien dans ma petite routine.</p> <p>Je suis confortable dans quelque chose que je connais, quand c'est familier pour moi, je suis plus confortable comme ça.</p> <p>Même si c'est une grosse intervention, je sais ce que j'ai à faire c'est sécurisant.</p> <p>Ca été dur de quitter quand ça fait longtemps parce que tu acquiers des habitudes, puis là t'as peur de quitter.</p> <p>Ca fait trente ans qu'on fait des choses, une routine c'est sécurisant.</p> <p>C'est ici que je me sens bien, il y a comme un espèce d'automatisme, un espèce de confort, pas un confort aveugle par exemple là, mais un espèce de confort dans le genre de travail que je fais.</p> <p>Les gens nous ont proposé depuis un an ou deux de changer nos choses, ça nous a pas plu. Ca apportait pas vraiment d'autre chose, ça apportait pas vraiment plus... Ca nous faisait faire les choses auxquelles on est habituées d'une manière différente et pour nous c'était moins rapide, parce qu'on est habituées à nos outils, puis on les aime.</p> <p>C'est toujours de t'habituer à une autre routine, il y a ça aussi qui est difficile.</p> <p>J'ai fait trois semaines puis je suis retournée dans mes vieilles habitudes.</p> <p>J'ai été faire une nuit puis j'ai eu l'impression de remettre des bonnes vieilles pantoufles confortables après avoir eu mal aux pieds pendant trois semaines de temps. Fait que je suis restée dans mes vieilles pantoufles.</p> <p>Le fait aussi qu'eux retournaient au cardex pour prendre des notes, moi j'étais habituée à Verdun on a de l'informatique.</p> <p>Une autre affaire qui est plaisante aussi c'est que t'as presque pu de stress parce que c'est un travail qu'on connaît.</p> <p>Puis en même temps je voyais encore la routine, le cas par cas, puis t'avais le patient qui se couchait sur la table, les électrodes, l'appareil à pression. J'étais contente de savoir ces choses là.</p>

ANNEXE L

Items vagues reformulés

Items initiaux	Items reformulés
Mon type de poste (ex. temps complet, partiel)	Mon type d'emploi (ex. temps complet, partiel, sur appel)
Ma priorité sur la liste d'ancienneté	Ma position sur la liste d'ancienneté
Le respect et le prestige de travailler dans cette unité de soins	Le respect que me témoignent les employés de mon unité de soins
Le statut relié au fait de travailler dans cette unité de soins	La réputation que j'ai au sein de mon unité de soins
Le fait que mes collègues dépendent de moi	Le fait d'être une personne ressource auprès de mes collègues
Le traitement reçu de la part de mon superviseur	La relation respectueuse avec mon infirmière chef
Le fait qu'il serait difficile pour mon superviseur de me remplacer	Le fait d'être difficilement remplaçable
La reconnaissance de la part de mes superviseurs	La reconnaissance de la part de mon infirmière chef
Le temps que je peux consacrer aux patients	Le temps consacré à chaque patient
Ma rapidité pour effectuer les tâches	Ma rapidité pour effectuer les tâches quotidiennes
Une unité où tout le monde me connaît	Le fait que tous les employés de mon unité me connaissent
Une unité de travail où je me sens chez moi	Le fait que je me sens chez moi dans cette unité de soins
Ma routine	La routine que j'ai adoptée pour faire mon travail
Le défi	Les défis rencontrés dans le cadre de mon travail
La possibilité de faire de l'orientation	La possibilité d'orienter les nouvelles infirmières
La nature des tâches dans mon unité	Les tâches que j'effectue au quotidien

Items initiaux	Items reformulés
Le fait que plusieurs de mes habiletés ne sont pertinentes que dans mon unité de soins	Les habiletés que je possède
La possibilité de prendre des décisions	La possibilité de prendre des décisions relatives aux soins des patients
La possibilité d'apprendre le fonctionnement de nouveaux appareils	Le fait d'apprendre le fonctionnement de nouveaux appareils
Les formations reçues	Les formations reçues en cours d'emploi
Les activités sociales avec les collègues de mon unité	Les activités sociales (hors travail) avec les collègues de mon unité

ANNEXE M

Items redondants éliminés

Items conservés	Items redondants éliminés
Mon horaire	Mon quart de travail
Ma période de vacances	Mes congés (ex : jours fériés)
Mon type d'emploi (ex : temps complet, partiel, sur appel)	Mon nombre d'heures de travail
Ma position sur la liste d'ancienneté	Ma priorité pour effectuer des remplacements
Mes liens d'amitié avec mes collègues	La complicité développée avec certains collègues
L'esprit d'équipe dans mon unité de soins	La collaboration au sein de mon équipe
Le respect que me témoigne les employés de mon unité de soins	Les liens respectueux de professionnels à professionnels
La satisfaction des patients	La gratitude des patients
Ma relation avec les patients	La relation d'aide avec les patients
Le fait de me sentir bonne dans ce que je fais	Le sentiment d'accomplissement que j'ai en travaillant dans cette unité de soins
Le sentiment d'être utile pour les patients	Le sentiment d'être utile pour la société
Le fait que mon expertise est reconnue	Le fait d'être reconnue comme une professionnelle
Le temps consacré à chaque patient	Le fait de pouvoir traiter un patient à la fois La possibilité de faire une chose à la fois
La qualité des soins que je peux donner aux patients	La chance que j'ai de faire un travail de qualité
La possibilité de faire le travail à ma façon	La liberté que j'ai pour planifier ma journée
Les tâches que j'effectue au quotidien	Le type de travail que je fais Le style de soins donnés
La variété des tâches	La diversité des cas dans mon unité de soins

Items conservés	Items redondants éliminés
Le fait que je me sente chez moi dans cette unité de soins	Une unité de travail que je connais
La routine que j'ai adoptée pour faire mon travail	Le confort de faire un travail que je connais
Le fait de garder mes connaissances à jour	La possibilité de continuer à apprendre dans mon domaine
Les habiletés que je possède	Le fait que plusieurs de mes habiletés ne sont pertinentes que dans mon unité de soins
Le fait que mon expertise est reconnue Les techniques de travail que je maîtrise Les habiletés que je possède Mes connaissances dans mon domaine	Ma crédibilité

ANNEXE N

Formulaire d'information et de consentement

- Titre de l'étude :** La rétention des infirmières de la région métropolitaine: Le rôle des investissements « side-bets » de la théorie de Becker (1960)
- Chercheuse principale :** Marjorie Simard, étudiante au Ph.D., psychologie du travail et des organisations, psychologie, Université de Montréal, boursière FQRSC. Téléphone : [REDACTED]
- Co-chercheurs :** M. André Savoie, Ph.D., professeur titulaire, département de psychologie, Université de Montréal.
M. Christian Vandenberghe, Ph.D., professeur agrégé, service de l'enseignement du management, HEC Montréal.
- Note :** Dans le présent formulaire le féminin inclut le masculin
-

NATURE, OBJECTIFS ET DESCRIPTION DE L'ÉTUDE

Le CSSS du Nord de l'Île et Saint-Laurent mène actuellement une enquête afin de comprendre les facteurs qui favorisent la santé psychologique et qui incitent les infirmières à demeurer en emploi. La présente étude tentera de répondre aux questions suivantes : Qu'est-ce qui favorise la santé psychologique des infirmières? Qu'est-ce qui incite l'infirmière à conserver son emploi actuel?

Dans la première étape du projet, nous avons rencontré individuellement une vingtaine d'infirmières provenant de divers hôpitaux généraux, CLSC, CHSLD du Réseau québécois de la santé. Ces entretiens nous ont permis d'obtenir un portrait de la situation des infirmières du réseau de la santé québécois. Nous avons ainsi pu obtenir de l'information sur les aspects relatifs au travail qui ont de la valeur pour les infirmières.

Dans un second temps, l'étape pour laquelle nous sollicitons votre participation vise à identifier les facteurs qui favorisent la santé psychologique et qui incitent les infirmières à demeurer en emploi. Cette étude permettra de cibler l'importance de différents facteurs pour l'infirmière dans le choix de conserver ou non son emploi.

PROCÉDURES

Votre participation consiste à remplir un questionnaire d'une durée de 30 minutes. Pour cette étape, un échantillon de 300 infirmières provenant de divers hôpitaux généraux, de CLSC et CHSLD du réseau de la santé québécois sera recueilli. Les données recueillies sont confidentielles. Elles seront conservées sous clé au laboratoire de psychologie du travail et des organisations (laboratoire dirigé par M. André Savoie) à l'Université de Montréal pour une période de cinq ans.

Le questionnaire ainsi que le formulaire de consentement seront remis aux infirmières avec leur paie.

BENEFICES ET AVANTAGES

Votre contribution est très importante car elle nous permettra de mieux définir les aspects relatifs au travail qui ont de l'importance pour les infirmières et ce, afin de cibler leurs préoccupations plus efficacement. Les résultats de la recherche serviront aussi à éclairer les décisions des gestionnaires concernant les interventions à mettre en place afin de conserver leurs infirmières.

INCONVENIENTS ET RISQUES

Vous n'encourez pas de risque en participant à cette étude sauf le fait que vous allez consacrer à cette étude 30 minutes de votre temps.

CONFIDENTIALITE

Nous vous assurons que votre anonymat sera entièrement respecté et que toutes les informations recueillies auprès de vous et qui pourraient vous identifier personnellement demeureront confidentielles pendant et après cette étude. Aucune publication ou communication scientifique résultant de cette étude ne renfermera de données permettant de vous reconnaître.

INDEMNITE COMPENSATOIRE

Vous ne recevrez pas d'indemnité pour la participation à l'étude.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET RETRAIT DE L'ETUDE

Votre participation est volontaire et vous pouvez vous retirer de l'étude en tout temps, sans avoir à vous justifier. Il vous suffira tout simplement de mentionner votre décision au chercheur ou à l'un des membres de l'équipe de recherche. Votre décision de ne pas participer à l'étude ou de vous en retirer n'engendrera aucun préjudice à votre égard.

PERSONNES A CONTACTER

Si vous avez des questions à poser au sujet de cette étude ou si vous désirez vous en retirer, vous pouvez communiquer en tout temps avec Marjorie Simard au [REDACTED]. Si vous avez des questions à poser concernant vos droits en tant que sujet de recherche, ou si vous avez des plaintes ou commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec Ghislaine Binette au (514)331-2288, poste 2600 (secteur de l'enseignement et de la recherche).

FORMULE D'ADHESION A L'ETUDE

Les objectifs de l'étude, son déroulement, les bénéfices et inconvénients que comporte ma participation ainsi que le caractère anonyme et confidentiel des informations qui seront recueillies au cours de l'étude m'ont été expliqués.

J'ai eu l'opportunité de poser toutes mes questions concernant les différents aspects de l'étude et un membre de l'équipe de recherche y a répondu de manière claire et précise.

Je reconnais que le temps alloué pour prendre ma décision était satisfaisant.

J'accepte volontairement de participer à cette étude. Je demeure libre de refuser de répondre à certaines questions ou de me retirer de l'étude en tout temps, sans que cela nuise à mes relations de travail et sans préjudice d'aucune sorte.

Je recevrai une copie signée de ce formulaire d'information et de consentement.

Nom du répondant
(en lettres moulées)

Signature du répondant

Date

FORMULE D'ENGAGEMENT DU CHERCHEUR

Je certifie avoir expliqué au répondant tous les termes du présent formulaire de consentement et lui avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation à l'étude.

Nom du chercheur
(en lettres moulées)

Signature du chercheur

Date

Il est à noter que le présent projet de recherche a été approuvé le 19 avril 2005 par le comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux du Nord de l'Île et Saint-Laurent.

ANNEXE O

Mémo à l'intention des infirmières

ENQUETE SUR LA RETENTION DES INFIRMIER(ERES)

À l'attention de tous les infirmier(eres),

Une équipe de chercheurs de l'Université de Montréal mène actuellement une enquête en collaboration avec le CSSS Jeanne-Mance, afin de comprendre les facteurs qui favorisent la santé psychologique et qui incitent les infirmières à demeurer en emploi. Votre participation consiste à remplir un questionnaire d'une durée de 30 minutes. **Il ne s'agit en aucun cas d'une évaluation de votre travail.**

Les données recueillies sont confidentielles. **Personne de votre organisation** n'aura accès à vos données personnelles. Seules des moyennes pour les résultats de tout le groupe (résultats globaux) seront présentées à votre organisation à titre informatif et en aucun cas vous ne pourrez être identifié(e). De plus, la collecte et la compilation des données seront effectuées par les membres du groupe de recherche uniquement.

Le seul critère pour participer à cette recherche est de travailler dans une même unité de soins au moins 20 heures par semaine. Vous êtes tout à fait libre de participer ou de ne pas participer à cette recherche. Nous vous encourageons à le faire puisque votre participation contribuera considérablement à l'éclosion et à l'avancement des connaissances.

Si vous avez des questions à poser au sujet de cette étude ou si vous désirez vous en retirer, vous pouvez communiquer en tout temps avec Marjorie Simard au [REDACTED]. Si vous avez des questions à poser concernant vos droits en tant que sujet de recherche, ou si vous avez des plaintes ou commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec Sylvie Simard, directrice de la qualité des services, de la santé publique, de l'enseignement et de la recherche au (514) 527-9565 poste 3678.

Bien à vous,

Représentant de l'organisation Représentant du groupe de recherche Date

Annexe P

Moyennes, écarts-types, et intercorrélations entre les variables de la pré-expérimentation

Variable	Moy	ET	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Investissements	3,94	.79	(.98)										
2. EA	3,47	.85	.40**	(.89)									
3. EC (sac)	3,16	.79	.19	.43**	(.75)								
4. EC (alt)	1,75	.83	-.15	-.06	.30*	(.87)							
5. EN	1,74	.81	.24	.52**	.57**	.31*	(.90)						
6. Bien-être psychologique	3,97	.63	.50**	.55**	.37*	-.33*	.22	(.97)					
7. Détresse psychologique	1,80	.53	-.28	-.50**	-.27	.35*	-.07	-.77**	(.95)				
8. Intention de départ	1,99	1,15	-.38**	-.49**	-.58**	.05	-.24	-.46**	.54**	(.90)			
9. Âge	40,57	11,35	-.21	.02	.28	.41**	.11	-.13	-.02	-.09			
10. Ancienneté (unité de soins)	5,72	6,68	-.05	.36*	.36*	.21	.21	.22	-.26	-.19	.54**		
11. Ancienneté (établissement)	8,76	8,03	-.12	.13	.25	.44**	.05	.09	-.16	-.04	.75**	.74**	
12. Ancienneté (infirmière)	18,22	11,35	-.21	.04	.32*	.39**	.13	-.08	-.09	-.08	.96**	.60**	.80**

Note : Les coefficients de cohérence interne (alpha de Cronbach) sont présentés sur la diagonale. EA= engagement affectif, ECS= engagement de continuité (sacrifice perçu), ECA= engagement de continuité (manque d'alternative), EN= engagement normatif.

*p<.05, **p<.01. N= 46 infirmières.

ANNEXE Q

Définitions des sous-dimensions du modèle de Massé et al. (1998a,b)

Dimensions	Sous-dimensions	Définitions
Détresse (Massé et al., 1998a)	Auto-dévalorisation	Réfère à une perte de confiance en soi, un sentiment d'inutilité, une faible estime de soi et une tendance à s'isoler de son entourage
	Irritabilité/ agressivité	S'accompagne d'arrogance et de conflits avec l'entourage.
	Anxiété/ dépression	Cette sous-dimension est couplée à un état de stress.
	Désengagement social	Cette sous-dimension est associée à un désintérêt généralisé.
Bien-être (Massé et al., 1998b)	Estime de soi	Se sentir en confiance, apprécié et aimé, utile, fier de soi et satisfait de ses réalisations.
	Équilibre	S'exprime au niveau émotif mais aussi au niveau des activités professionnelles et familiales.
	Engagement social	S'exprime à travers l'intérêt pour ce qui se passe autour de nous, le goût de pratiquer des activités de loisir, le fait d'avoir des ambitions et le goût d'entreprendre des activités.
	Sociabilité	Une propension à socialiser avec l'entourage dans l'humour, la joie tout en étant à l'écoute des autres.
	Contrôle de soi et des événements	Un sentiment de contrôle de soi et des événements, de se sentir capable d'affronter de façon constructive et dans le calme les difficultés de la vie.
	Bonheur	Le fait de se sentir bien dans sa peau, de jouir de la vie, d'avoir un bon moral, de se sentir en forme.