

Université de Montréal

Étude des inducteurs de l'intention de quitter chez une population infirmière québécoise

par Mathieu Forget

Département de psychologie

Faculté des arts et des sciences

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures et postdoctorales

en vue de l'obtention du grade de

Philosophiae Doctor (Ph. D.) en psychologie option

psychologie du travail et des organisations

Août 2016

© Mathieu Forget, 2016

Résumé

Dans un contexte mondial où les taux de roulement des effectifs infirmiers oscillent entre 5% et 17% (Heinen et al., 2013) et où l'OCDE (2016) souligne plus que jamais l'importance de s'attarder à la rétention des infirmières et à la diminution de leur départ de la profession, la présente thèse vise à comprendre plus en profondeur les effets différentiels du leadership tyrannique et authentique, du climat psychologique de travail ainsi que du bien-être et de la détresse psychologique sur l'intention de quitter – son unité, son organisation ou sa profession. Appuyé en partie sur les travaux de Hayes et al. (2012) et de Blau (1964), un cadre d'analyse comprenant les éléments suivants a été conceptualisé : 1) les facteurs organisationnels – regroupant le climat psychologique de travail ainsi que le style de leadership, 2) les facteurs individuels – comprenant la santé psychologique et 3) les facteurs externes touchant aux caractéristiques personnelles et démographiques que sont l'âge, le sexe et le niveau d'éducation.

Le climat psychologique de travail et le style de leadership sont positionnés en amont au sein du modèle conceptuel alors que la santé psychologique est en aval. L'intention de quitter l'unité, l'organisation et la profession sont les variables prédites. Il est proposé que le style de leadership lorsqu'authentique influence positivement le climat psychologique de travail de même que la santé psychologique, ce qui en retour diminue l'intention de quitter. Parallèlement, il est proposé que le style de leadership tyrannique influence négativement le climat psychologique de travail ce qui génère en outre de la détresse psychologique et de l'intention de quitter.

Un échantillon de 903 infirmiers et infirmières québécois d'une multitude de secteurs a complété un questionnaire en ligne traitant du style de leadership de leur supérieur immédiat,

du climat psychologique de travail ainsi que du niveau de santé psychologique et de l'intention de quitter. Les relations entre les variables indépendantes et dépendantes ont été analysées à l'aide d'analyses acheminatoires par équations structurelles. Les relations statistiques observées permettent d'expliquer plus du tiers du phénomène de l'intention de quitter, tous niveaux confondus, de même qu'autant du bien-être psychologique et de la détresse psychologique au travail. Les facteurs organisationnels sont instrumentaux dans la compréhension et le redressement de la santé psychologique de même que de l'intention de quitter. Cette thèse identifie le supérieur immédiat comme un acteur clé ayant une contribution directe sur le climat psychologique de travail, la santé psychologique ainsi que l'intention de quitter. Davantage de résultats ainsi que les implications théoriques et pratiques sont discutés.

Mots-clés : intention de quitter, santé psychologique, climat psychologique de travail, leadership authentique, leadership tyrannique, bien-être psychologique, détresse psychologique

Abstract

In a global context where turnover rates among the nurse workforce vary between 5% and 17% and where the OECD (2016) stresses more than ever the importance of understanding nurse retention and acting on their intent to quit, this thesis aims to understand the differential effects of tyrannical and authentic leadership, psychological work climate and well-being and/or psychological distress on one's intention to quit. Based in part on the works of Hayes et al. (2012) and Blau (1964), an analysis framework that includes the following was conceptualized: 1) organizational factors –that is psychological work climate and style of leadership, 2) individual factors, including psychological health, and 3) external factors, that is the personal and demographic characteristics such as age, sex and education level.

Intent to quit is the variable which we aim to predict and explain by the organizational and individual factors. Specifically, it is hypothesized that the style of leadership when authentic will positively influence psychological work climate as well as psychological health, which will in turn diminish one's intent to quit. Conversely, it is hypothesized that when the style of leadership is tyrannical it will reflect negatively on psychological work climate, which will in turn augment psychological distress as well as one's intent to quit.

Considering this, a Quebec sample of 903 nurses from a multitude of healthcare sectors completed an online questionnaire in which they were asked about their current immediate superior, the psychological work climate in their organization, their degree of psychological health as well as their intention to quit. The statistical relationships between the independent as well as the dependent variables were analyzed using structural equation modelling. The results show that the variables targeted explain more than a third of the variance in intention to quit across all at all levels (quit one's unit, one's organization, one's profession) as well as

both the psychological well-being and the psychological distress. Organizational factors are instrumental in understanding and acting on psychological health as well as intent to quit. This study identifies the immediate superior as a key contributor to psychological work climate, psychological well-being and/or distress as well as intent to quit. Practical implications of the study, as well as further research are discussed accordingly.

Keywords : intention to quit, psychological health, psychological work climate, authentic leadership, tyrannical leadership, psychological well-being, psychological distress

Table des matières

Liste des tableaux.....	vii
Liste des figures	viii
Liste des abréviations.....	ix
Remerciements.....	xii
Introduction.....	1
Concept de l'intention de quitter.....	6
État des lieux chez les infirmières : Intention de quitter, attraction et rétention	9
Cadre théorique et cadre d'analyse.....	14
Facteurs organisationnels.....	18
Facteurs individuels.....	20
Facteurs externes.....	21
Variables à l'étude	25
Leadership.....	26
Leadership authentique.....	27
Leadership tyrannique.....	29
Climat psychologique de travail.....	30
Santé psychologique au travail.....	33
Modélisation proposée.....	39
des hypothèses de recherche	39
Hypothèses	41
Méthode	44
Déroulement de l'expérimentation et échantillon	45
Représentativité de l'échantillon.....	46
Instruments.....	46
Résultats.....	52
Statistiques descriptives.....	54
Vérification des postulats.....	56
Interprétation des données	57
Résultats des analyses acheminatoires par modélisation d'équations structurelles.....	59
Discussion	71
Influence des facteurs organisationnels sur l'intention de quitter.....	72
Influence des facteurs individuels sur l'intention de quitter.....	84
Influence des facteurs externes sur l'intention de quitter.....	87
Convergences et divergences empiriques	91
Apport du cadre théorique	98
Limites et pistes d'exploration futures	99
Pistes théoriques futures.....	101
Pistes pratiques suggérées	106
Conclusion	117
Références.....	121
Annexe 1 – Questionnaires.....	i

Questionnaire Bien-être Psychologique au Travail	i
Questionnaire Détresse Psychologique au Travail.....	iii
Questionnaire Climat Psychologique au Travail	iv
Questionnaire Intention de Quitter	v
Questionnaire Leadership Authentique	vi
Questionnaire Leadership Tyrannique	vii
Annexe 2 – Tableau V	viii

Liste des tableaux

Tableau I. <i>Statistiques descriptives des variables catégorielles de l'étude</i>	54
Tableau II. <i>Statistiques descriptives des variables continues de l'étude</i>	55
Tableau III. <i>Fréquences observées de la présence d'intention de quitter dans l'échantillon</i>	56
Tableau IV. <i>Analyses acheminatoires par modélisation d'équations structurelles</i>	59
Tableau V. <i>Matrice corrélacionnelle des variables à l'étude</i>	viii

Liste des figures

Figure 1. <i>Proportion d'infirmières en poste au Canada</i>	4
Figure 2. <i>Cycle d'investissements et de réinvestissements relationnels au travail</i>	16
Figure 3. <i>Conceptualisation de la santé psychologique telle que mesurée dans cette thèse</i>	33
Figure 4. <i>Les effets du leadership, du climat psychologique de travail et de la santé psychologique au travail sur l'intention de quitter - Modélisation des hypothèses</i>	40
Figure 5. <i>Liens directs significatifs de l'entièreté des analyses acheminatoires par modélisation d'équations structurelles</i>	61
Figure 6. <i>Liens indirects significatifs du climat psychologique sur l'intention de quitter</i>	64
Figure 7. <i>Liens indirects significatifs du leadership authentique sur le bien-être psychologique au travail et l'intention de quitter</i>	65
Figure 8. <i>Liens indirects significatifs du leadership tyrannique sur l'intention de quitter</i>	67

Liste des abréviations

Organisation de coopération et de développement économique (OCDE)

N'a de convictions que celui qui n'a rien approfondi.

Emil Michel Cioran

*À mes parents,
Nicole et Mario.*

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier pour leur apport tout à fait singulier à cette thèse mon directeur André Savoie et mon co-directeur Jean-Sébastien Boudrias. Le premier pour son approche de supervision ainsi que la justesse de ses réflexions et le deuxième pour la rigueur de ses interventions et son respect de la transmission des connaissances. Merci également aux professeurs du département de psychologie, plus spécifiquement à Luc Brunet pour son empathie et son calme, à Véronique Dagenais-Desmarais pour sa générosité et son engagement et Robert Haccoun pour son énergie et son expérience. En outre, un merci bien senti à Bernard Chapais, professeur et anthropologue, pour avoir considérablement contribué à la vision que j'ai de l'être humain et à l'empreinte évolutive de son parcours sur la nature.

Je dirais que chacune des discussions, peu importe le sujet, que j'ai pu avoir avec mes amis, mes professeurs, mes collègues doctoraux et ma famille a été, en elle-même, fort stimulante et riche d'apprentissages. Que ce soit lors de ces nombreuses discussions ou lors de moments privilégiés, je tiens à souligner l'apport particulier qu'ont eu plusieurs personnes m'ayant côtoyé et me côtoyant toujours. Un chaleureux merci à Marco pour sa vision et son soutien, également merci à Pierre-Luc et Jean-Philippe pour leur accompagnement indéfectible et leur présence, merci à Vincent pour son ouverture et ses conseils et merci à David pour sa vivacité d'esprit. Vous tous, de par votre proximité et votre sensibilité, avez contribué à la réalisation de cette thèse.

Je tiens également à remercier certains collègues doctoraux ; David-Emmanuel et Jean-Simon pour leur humour et leur perspicacité, Émilie pour sa sensibilité et son ouverture, Jean-Christophe pour sa passion, François et Denis pour leurs convictions et leur vision,

Frédérique-Emmanuelle pour sa générosité et Julie-Élaine pour sa sincérité, Léandre-Alexis pour son esprit ainsi qu'Isabelle et Véronique pour leur énergie.

Un merci tout spécial à ces anciens et actuels collègues que j'ai, en grande majorité, rencontrés dans le cadre de mon implication auprès de la Société québécoise de psychologie du travail et des organisations. Merci à Diane Fellice pour son leadership, à Geneviève pour gentillesse, à Maryse pour son énergie et sa perspicacité, à Guillaume pour son humour unique et merci à Sarah pour son énergie et son engagement.

Un grand merci à Carolyn pour ses conseils, sa fougue et son inépuisable énergie. Également, un merci tout spécial à Laurence pour sa gentillesse, sa générosité et son judicieux regard critique.

Aussi, je tiens à remercier Annie Lafrenière, Alain Forget et Nadia Salvati qui, chacun à leur façon, ont contribué à façonner ma vision de la psychologie. Un chaleureux merci, d'emblée pour l'intelligence de leurs propos, mais plus spécifiquement pour ses conseils et son authenticité à Simon et pour sa confiance et sa vision unique à Louis-Pierre. Je tiens également à remercier Anne-Sophie pour sa perspicacité ainsi qu'Audrey-Anne pour son soutien et ses convictions.

Un sincère merci empreint de chaleur à Anne-Marie, d'abord pour la justesse de son intuition, mais également pour sa patience et sa gentillesse de même que pour son aide et son soutien indéfectible.

Enfin, je ne saurais comment remercier ma famille à la hauteur de ce qu'elle représente à mes yeux. Tout d'abord, merci à ma sœur, Josiane : merci pour tes encouragements, ta force de caractère et ton amour. Te voir évoluer m'inspire et m'énergise, je suis fier d'être ton frère. Un merci empreint d'amour et de respect à mes parents, Nicole et Mario ; merci à vous pour

votre contribution unique à cette thèse, mais surtout merci pour votre amour et votre soutien inconditionnels. Merci d'avoir été présents à mes côtés à travers les épreuves, puis lorsqu'il fût le temps de célébrer. Vous êtes des modèles vers qui se tourner est immensément enrichissant et stimulant. Je vous suis infiniment reconnaissant et redevable.

Introduction

Selon l'Organisation mondiale de la santé, la pénurie actuelle de 4.3 millions de travailleurs dans le domaine de la santé est appelée à croître de 20% au cours des deux prochaines décennies (Spence Laschinger, Leiter, Day et Gilin, 2009). Parallèlement, plusieurs pays de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) ont rapporté des pénuries d'infirmières (Simoens, Villeneuve et Hurst 2005). Les infirmiers et infirmières occupant la plus grande part des effectifs professionnels prodiguant des soins au sein des hôpitaux, il semble que la recherche sur leur intention de quitter soit devenue une priorité, et ce, internationalement (Hayes et al., 2012). En d'autres termes, tant la rétention que l'intention de quitter font l'objet de recherches soutenues notamment pour comprendre notamment comment celles-ci sont affectées par diverses pratiques de sélection, d'intégration et de socialisation du personnel. Ceci avec raison puisque O'Brien-Pallas et al. (2006) ont rapporté un coût moyen de 21 514\$ par infirmières quittant avec un taux de roulement avoisinant les 10%. Ce taux de roulement est conséquent avec l'attrition moyenne de 13% des infirmières canadiennes âgées de moins de 30 ans que rapporte l'Institut canadien d'information sur la santé entre 2005 et 2008 (Institut canadien d'information sur la santé infirmière, 2008). En outre, l'Association des infirmières et des infirmiers du Canada prévoit une pénurie de 60 000 infirmières au Canada d'ici 2022. Aux États-Unis, en Angleterre et au Japon, la situation n'est guère plus reluisante avec des taux de roulement se situant entre 10% et 20% (Takase, 2010) et des coûts oscillant, aux États-Unis, entre 82 000\$ et 88 000\$ par infirmière quittant (Jones, 2008). Dans le même sens, Heinen et al. (2013) ont étudié un échantillon de plus de 23 000 infirmiers et infirmières européens et en sont venus à la conclusion que les taux d'intention de quitter la profession variaient entre 5% et 17% à travers dix pays. La masse salariale des infirmiers et des infirmières représente 25% des coûts

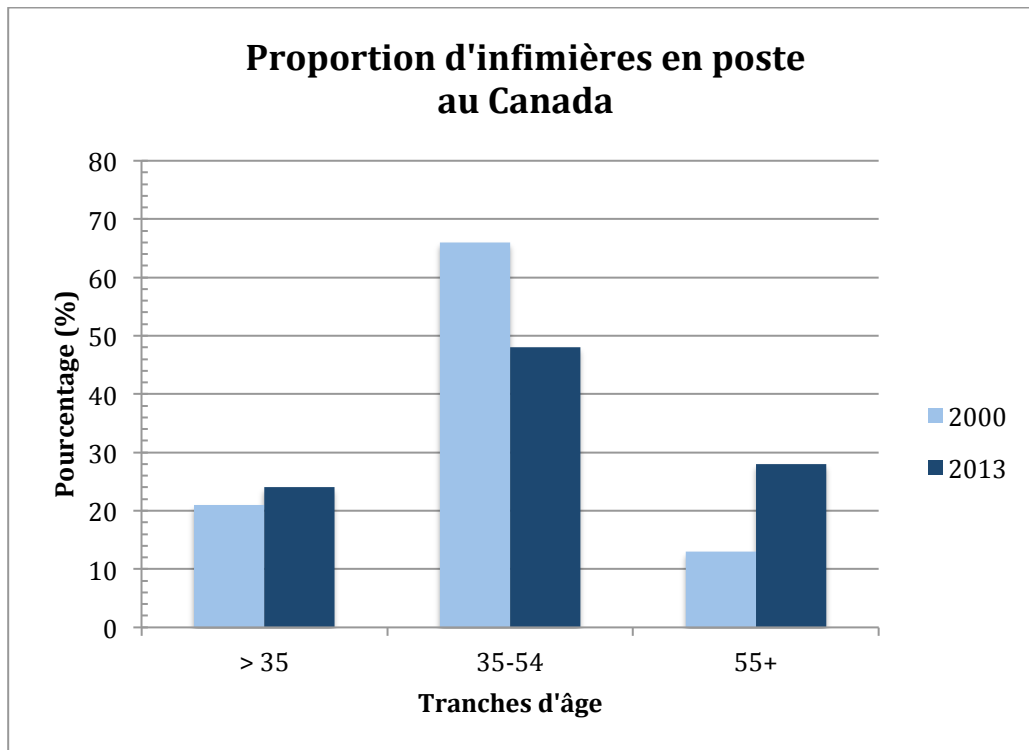
d'opération budgétés et 40% des coûts en soins immédiats aux patients (Aiken et al., 2011; Kane et Siegrist, 2002; McCue, Mark et Harless, 2003). Enfin, bien que la crise économique de 2008-2009 ait d'une part accéléré un désinvestissement global en santé et d'autre part stimulé la rétention des effectifs infirmiers, il n'en demeure pas moins que dans son plus récent rapport sur l'état des lieux des effectifs en santé, l'OCDE (2016) souligne encore l'importance de s'attarder à la rétention des infirmières et à la diminution de leur départ de la profession.

Au Canada, plusieurs bouleversements ont eu lieu tant aux niveaux démographique que structurel au sein des hôpitaux (Colin, 2004; Hamelin Brabant, Lavoie-Tremblay, Viens et Lefrançois, 2007). D'emblée, la population est globalement vieillissante, c'est-à-dire que tant les effectifs infirmiers que les patients ont un âge moyen élevé. Dans le premier cas, Palumbo, McIntosh, Rambur et Naud (2009) ont relevé avec pertinence qu'il s'agit de la première fois que les hôpitaux, et plus généralement les employeurs d'infirmières et d'infirmiers au Canada, font face à la fois aux défis inhérents à gérer une main-d'œuvre âgée en moyenne de plus de 45 ans tout en devant planifier le remplacement de cette main-d'œuvre (voir Figure 1). Dans le deuxième cas, le fait que les patients soient davantage âgés et en nombre croissant pèse de plus en plus sur les systèmes de santé des diverses provinces. Pour faire face à cette nouvelle réalité, plusieurs changements structurels ont été implantés dans les organisations de santé. De façon directe et indirecte, ces derniers ont entraîné leur lot d'effets négatifs tels que la réduction des effectifs, la relocalisation d'effectifs ainsi que des changements aux horaires de travail pour finalement résulter en des conséquences négatives sur la qualité des soins offerts aux patients (Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers, 2002). En effet, au cours des années '90, la réduction des effectifs infirmiers, des lits disponibles ainsi que la

création de plusieurs postes à temps partiel ont considérablement ébranlé le milieu de la santé canadien : la proportion d’infirmières oeuvrant à temps partiel n’a cessé d’augmenter jusqu’en 1998 (Zeytinoglu et al., 2007).

Figure 1

Proportion d’infirmières en poste au Canada (OCDE, 2016)



Ce faisant, les professions infirmières constituent encore de nos jours l’un des domaines où les travailleurs à temps partiel y sont les plus nombreux (Zeytinoglu et Cooke, 2005). Nombre d’infirmières, occupant des postes à temps plein, ont ainsi été mise à pied pour ensuite être réembauchées à temps partiel (Zeytinoglu et Cooke, 2005; Blythe, Baumann, Zeytinoglu, Denton et Higgins, 2005). En contrepartie, selon le Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers (2002), la qualité des soins offerts aux patients est largement influencée par une quantité adéquate d’infirmières en poste. Or, offrir des conditions de travail précaires aux effectifs infirmiers n’est susceptible ni de redorer le blason de la

profession, ni de favoriser la rétention. En outre, l'intention de quitter aurait des conséquences négatives sur la qualité des soins et sur la sécurité des patients et favoriserait l'augmentation du pourcentage d'infections sérieuses contractées à l'hôpital (Leiter, Harvie et Frizzell, 1998; S. Zimmerman, Gruber-Baldini, Hebel, Sloane et Magaziner, 2002). Ces multiples constats sur le domaine de la santé et la profession d'infirmier, et également sur le contexte de travail des effectifs infirmiers et l'intention de quitter positionnent et ancrent la pertinence sociale et économique de la présente thèse.

Concept de l'intention de quitter

Takase (2010) conceptualise l'intention de quitter comme un processus multiniveaux, composé d'influences psychologiques, cognitives et comportementales. Essentiellement, la dimension psychologique réfère à une réaction psychologique envers une ou des dispositions organisationnelles perçues négativement par l'employé (Chiu, Lin, Tsai et Hsiao, 2005; Takase, 2010). En quelque sorte, l'aspect psychologique serait un antécédent déclenchant le processus de l'intention de quitter à cause des émotions et des attitudes négatives vécues par l'employé. Pour sa part, la dimension cognitive constituerait la composante principale de l'intention de quitter. En effet, l'intention de quitter serait la manifestation cognitive de la décision de quitter (Chang, Du et Huang, 2006; Takase, 2010). « L'intention » comme telle est interprétée et opérationnalisée comme un désir (Harris, Kacmar et Witt, 2005) ou une pensée (Chiu, Chien, Lin et Hsiao, 2005) qui pourrait activer le comportement (Takase, 2010). Enfin, la dimension comportementale fait référence aux comportements de détachement, lesquels sont observés lorsque l'intention de quitter progresse et est sur le point de s'avérer un départ effectif ; il s'agirait en fait de la concrétisation des cognitions liées à un départ éventuel (Takase, 2010). Ces manifestations peuvent prendre une forme comportementale telle que de rêver sur les lieux du travail, être moins enthousiaste au travail, commettre davantage d'erreurs médicales (Chiu, Chien, Lin et Hsiao, 2005; Leiter, Harvie et Frizzell, 1998; Zimmerman, Gruber-Baldini, Hebel, Sloane et Magaziner, 2002; Chen et Francesco, 2000) ou encore une forme verbale comme manifester ouvertement son désir de quitter (Freund, 2005).

En des termes plus succincts, l'intention de quitter est définie comme étant l'estimation subjective que fait un individu de la probabilité qu'il quitte son emploi actuel dans un futur rapproché (Mowday, Porter et Steers, 1982). En outre, l'intention de quitter est considérée

comme un désir conscient, une intention délibérée de quitter son emploi (Cho, Johanson et Guchait, 2009; Sablynski, Lee, Mitchell, Burton et Holtom, 2009). Plus simplement, certains auteurs voient l'intention de quitter comme la dernière étape d'un cheminement réflexif effectué dans l'optique de peser le pour et le contre de quitter son emploi actuel (Bigliardi, Petroni et Dormio, 2005) ou pouvant survenir à la suite d'un seul évènement ciblé dans le temps (Morrell, 2005). Le taux roulement en emploi – ou départ effectif – constituerait l'aboutissement de l'intention de quitter. Ce concept a été spécifiquement défini chez les infirmiers et les infirmières comme le fait que les infirmières quittent ou soient transférées au sein de l'hôpital (Jones, 1990a; 1990b). Toutefois, certains auteurs, tels que Beecroft, Dorey et Wenten (2008), ne considèrent pas le transfert d'unité au sein d'une même organisation comme un départ effectif. Il y a un désaccord au sein de la communauté scientifique lorsque l'intention de quitter est considérée de façon générale en incluant autant l'intention de quitter en soi que le départ effectif. Dans le même sens, les études s'attardant à l'intention de quitter et au départ effectif ne distinguent que rarement entre l'intention de simplement quitter son emploi – et/ou son employeur – ou au contraire la profession (Parry, 2008). Lorsque le concept est précisé au-delà de simple « intention de quitter », un nombre significatif d'études scientifiques sur le sujet s'attarde à l'étude de l'intention de quitter la profession. En vue de bonifier cette approche et comme les divers niveaux de cognitions – et les départs effectifs qui s'ensuivent – ont des impacts sociétaux, personnels et économiques différentiels, la présente thèse étudie l'intention de quitter selon trois dimensions indépendantes soit l'intention de quitter son unité, son organisation et sa profession.

État des lieux chez les infirmières : Intention de quitter, attraction et rétention

D'emblée les infirmières sont susceptibles de ressentir et de vivre les effets de changements structurels de même que les conditions organisationnelles tels qu'ils ont été soulignés en introduction. Pour preuve, les conditions de travail souvent éreintantes des infirmières affectent négativement leur santé et leur moral au travail (Gershon et al., 2007; Shields et Wilkins, 2006). De même, elles risquent d'éprouver des souffrances psychologiques significativement plus élevées que ce qui est observé dans la population générale ou chez les autres professionnels de la santé (Voltmer, Wingefeld, Spahn, Driessen et Schulz, 2013). De fait, Letvak, Ruhm et McCoy (2012) dans une étude auprès d'infirmières provenant de plusieurs hôpitaux, ont trouvé que 18% des 1171 infirmières sondées rapportaient des symptômes dépressifs, ce qui constitue le double de ce qui est trouvé aux États-Unis dans la population en général. Cette souffrance accrue serait un facteur déterminant dans l'intention de quitter des infirmières. En outre, Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski et Silber (2002) ont trouvé que 43% des infirmières rapportant des niveaux élevés d'épuisement professionnel et d'insatisfaction envers leur emploi avaient également l'intention de quitter leur emploi au cours de la prochaine année. Shields et Wilkins (2006) ont rapporté que s'il était possible de diminuer de 50% le taux d'absentéisme causé par la mauvaise santé psychologique, le système de santé canadien serait allégé d'une charge équivalente de 500 millions de dollars en salaire. Arslan Yurumezoglu et Kocaman (2015) ont par ailleurs trouvé que l'épuisement professionnel était un inducteur significatif de l'intention de quitter la profession.

Parallèlement, Borkowski, Amann, Song et Weiss (2007) estiment que la demande pour des effectifs infirmiers dépassera l'offre de main-d'oeuvre active de 29% d'ici 2020,

essentiellement à cause des difficultés de rétention des infirmières. À titre d'exemple, au Québec, l'âge moyen des infirmières est de 45 ans (Institut canadien d'information sur la santé infirmière, 2010). Cette statistique combinée au fait que les infirmières canadiennes prennent leur retraite vers ou avant 56 ans (O'Brien-Pallas, Alksnis et Wong, 2003) accentue la pression sur le manque d'effectifs infirmiers canadiens. Par ailleurs, le potentiel d'attraction de la profession d'infirmière est en général peu reluisant, notamment en regard des perceptions négatives quant au salaire et à l'imposante charge de travail (Coombs et al., 2003). Selon les mêmes auteurs, le principal pôle d'attraction est en fait l'interaction avec le patient. En d'autres termes, la possibilité de le connaître personnellement, de pouvoir prodiguer une excellente qualité de soins semble être les principales motivations à s'engager dans le cheminement menant à la profession d'infirmière. Il peut être, en ce sens, approprié de qualifier l'impulsion d'étudier et ultimement de pratiquer en tant qu'infirmier ou infirmière de vocation. Cela dit, à l'instar de Coombs et al. (2003), Duchscher et Cowin (2004) soulignent cinq facteurs influençant négativement l'attraction d'infirmières de qualité au sein de la profession; 1) une population infirmière vieillissante ; 2) des effectifs infirmiers ne suffisant pas à la demande ; 3) de moins en moins d'étudiants gradués du niveau secondaire percevant la profession comme stimulante et intéressante ; 4) une profession qui est de plus en plus éreintante et de moins en moins satisfaisante et 5) des infirmières nouvellement graduées désolées de constater que leur environnement de travail est moins caractérisé par l'opportunité d'être valorisées comme professionnelles que par de nombreuses entraves et des conflits limitant l'exercice de la profession. Sur ce dernier point, il peut être pertinent d'ajouter qu'au Québec, les effectifs infirmiers ont eu à traverser des conflits de travail au cours des deux dernières décennies, conflits qui à l'égard de ce que rapportent Duchscher et

Cowin (2004) ont pu influencer sur la capacité d'attraction de la profession de même que la perception de celle-ci.

Outre les éléments susnommés qui sont déterminants quant au désir d'œuvrer dans la profession infirmière, la première année de travail pour une infirmière nouvellement graduée est tout aussi déterminante quant à son désir de persévérer au sein de la profession ou non (Tastan, Unver et Hatipoglu, 2013). De fait, non seulement la première année est-elle cruciale, mais si les jeunes infirmières graduées vivent en plus des niveaux élevés d'épuisement professionnel, l'intention de quitter la profession risque de presque doubler en cinq ans (Beecroft et al., 2008; Rudman, Gustavsson et Hultell, 2014). Dans le même sens, près d'un tiers des infirmières éprouveront à un moment ou un autre une forte intention de quitter la profession au cours des cinq premières années en poste (Rudman et al., 2014). Ceci correspond bien à l'évaluation que fait Morrell (2005) de l'intention de quitter puisqu'elle peut être motivée spontanément par un évènement bien précis, par exemple l'arrivée en poste d'un nouveau supérieur immédiat, à la manière d'un schisme bien délimité dans le temps entre l'infirmier ou l'infirmière et son unité, son organisation ou sa profession. Mrayyan (2009) postule de façon appropriée que l'intention de quitter et la tendance à quitter des infirmiers et des infirmières seraient en partie expliquées par le supérieur et l'organisation.

Toutefois, il est important de noter, voire de nuancer, qu'en rétrospective l'essentiel des infirmières prend la décision de quitter leur profession à l'intérieur d'un an, avec la majorité de celles-ci le faisant au cours des six derniers mois de cette même année (Hasselhorn et al. 2005). D'une certaine façon donc, un départ rapide tend à suggérer que la profession ne sied pas à l'entière des infirmières nouvellement en poste. Ainsi, il est préférable de relever l'intention de quitter le plus tôt possible et donc de demeurer attentif aux signaux démontrant

sa présence. En ce sens, si elle n'est pas relevée tôt il se peut que les infirmières nouvellement graduées en souffrent et que celle-ci perdure voire augmente à travers le temps. C'est en effet ce qu'ont trouvé Rudman et al., (2014) ; les infirmières nouvellement graduées qui rapportaient des niveaux élevés d'épuisement professionnel et éprouvant l'intention de quitter la profession se distribuaient ainsi ; 27% après un an, 45% après trois ans et 43% après cinq ans. Ne pas prendre de mesures pour endiguer l'intention de quitter en amont est donc une chose, mais ne pas s'y attarder lorsqu'elle est claire et saillante en espérant qu'elle s'estompe au fil du temps en est une tout autre. Enfin, lorsque l'on sait que l'intention de quitter prédit très fortement le départ effectif – elle en est le meilleur prédicteur en expliquant généralement près de 50% du départ effectif – (Griffeth et Hom, 2004; Steel et Ovalle, 1984; Tett et Meyer, 1993), il est plus que pertinent de s'y attarder pour, d'une part, contrer la pénurie qui s'accroît et, d'autre part, pour favoriser une bonne santé psychologique au sein des effectifs infirmiers.

Rudman et al. (2014) suggèrent d'ailleurs, à la vue de taux d'intention de quitter la profession élevés dès les premières années, de s'attarder davantage au stress vécu, au développement personnel ainsi qu'à l'environnement de travail immédiat. De plus, Bae, Mark et Fried (2010) soulignent que les recherches futures devraient s'attarder à l'utilisation de modélisations statistiques complexes pour mieux comprendre les relations existant entre les variables inductrices et l'intention de quitter alors que Beecroft et al. (2008) suggèrent d'utiliser les analyses acheminatoires par modélisation d'équations structurelles pour tirer le maximum d'information de l'ensemble des variables à l'étude – les caractéristiques individuelles telles que l'âge, les caractéristiques environnementales ainsi que l'intention de quitter.

Aussi, dans l'optique de généraliser les résultats de façon réaliste et convaincante, Baernholdt et Barbara (2009) proposent d'utiliser des échantillons de diverses provenances, tel qu'ils l'ont fait en étudiant les infirmières en milieu rural. Dans le même esprit, Lavoie-Tremblay, Paquet, Marchionni et Drevniok (2011) avancent que davantage d'attention devrait être portée aux divers niveaux de formation des infirmières. Enfin, Mowday et al. (1982) ainsi que Takase (2010), soulignent l'importance d'investiguer les facteurs influençant – notamment en termes de prédiction – l'intention de quitter pour mieux saisir comment cette dernière évolue dans le temps, notamment en lien avec les aspects cognitifs et psychologiques, et mieux comprendre comment agir pour l'endiguer. Lesdits facteurs ayant une potentielle influence sur l'intention de quitter devraient comprendre, selon la revue de la documentation scientifique de Hayes et al. (2012), la satisfaction au travail, la charge de travail, le style de leadership, et une foule de caractéristiques individuelles telle que l'ancienneté, l'âge et la formation. Dans la même optique, Bigliardi et al. (2005) ainsi que Jones et Gates (2007) proposent d'étudier l'impact de l'intention de quitter sur la performance pour en connaître les éventuels effets sur la qualité des soins offerts aux patients.

À la lumière des éléments susnommés, il appert que l'étude de l'intention de quitter est primordiale et distincte de l'étude de l'attraction, de la rétention en poste et du départ effectif. De fait, l'intention de quitter précède – et prédit fortement – le départ effectif et il est en ce sens toujours possible et réaliste d'agir sur celle-ci pour l'endiguer. De plus, en s'attardant à son étude il est possible qu'une compréhension additionnelle des concepts de l'attraction et de la rétention émerge : étudier le cheminement réflexif et comportemental qui mène au départ peut effectivement renseigner sur les raisons pour lesquelles des individus sont attirés vers un emploi et demeurent à l'emploi.

Cadre théorique et cadre d'analyse

Appréciant la panoplie de variables d'intérêts soulignées comme étant pertinentes à considérer lorsque l'intention de quitter est la cible de l'étude, la présente thèse s'est appuyée à la fois sur un cadre théorique et également sur une recension des variables les plus susceptibles d'influer sur l'intention de quitter. Ce faisant, notre cadre d'analyse reprendra ces variables d'importance et s'appuiera sur des théories pour préciser leurs interrelations dans un système de prédiction intégré de l'intention de quitter chez les infirmières.

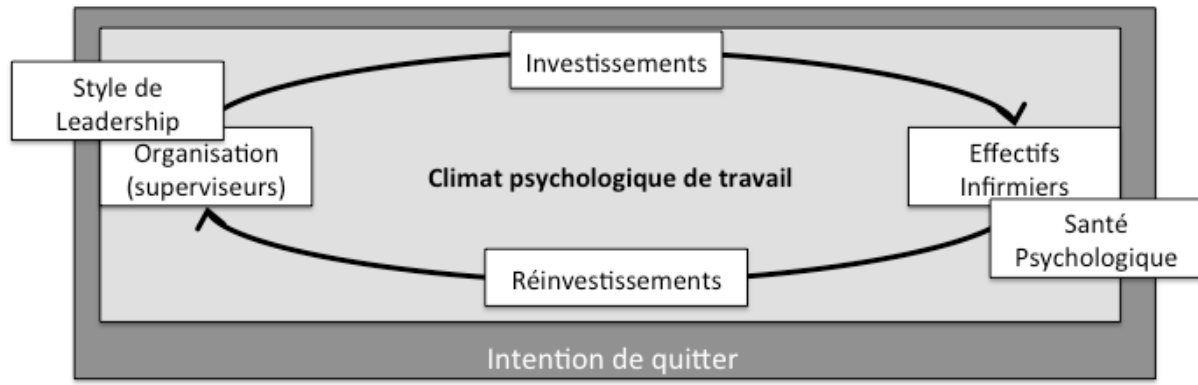
D'abord, la théorie de l'échange social de Blau (1964) a été utilisée dans la présente thèse pour orienter le positionnement des variables à l'étude de même que les ancrer dans un cadre théorique éprouvé. De fait, cette théorie est utile pour comprendre les interactions et les échanges professionnels entre les employés et l'organisation et/ou ses représentants (Coyle-Shapiro et Conway, 2004). Puisque le superviseur constitue d'une part, l'un des représentants de l'organisation et, d'autre part, l'interlocuteur le plus immédiat et fréquent avec lequel transigent leurs subordonnés, son rôle apparaît comme central lorsque vient le temps d'appliquer cette théorie au milieu infirmier. Ainsi, comme Blau (1964) le postulait à l'époque, l'échange social de qualité repose essentiellement sur la perception par les employés d'être la cible d'actions bénéfiques de la part de l'organisation. Ultimement, à l'intérieur même de cet échange social, le principe de réciprocité (Gouldner, 1960) assure une action comparable de la part des effectifs infirmiers. Cette action peut assurément prendre plusieurs formes, dont celle de bien faire son travail et d'être un bon employé de façon générale (Coyle-Shapiro et Conway, 2004).

De façon plus spécifique, un échange social professionnel à valence positive au sein de l'organisation prédispose les employés à demeurer partie prenante de l'organisation (Allen, Shore et Griffeth, 2003). Bref, en ne considérant ne serait-ce que les superviseurs aient un

impact et une influence proximaux et directs sur les effectifs infirmiers, il serait pertinent d'utiliser les travaux de Blau (1964). Mais, et ce devient d'autant plus intéressant en ce qui a trait à l'intention de quitter, les superviseurs ont également une influence sur les politiques et les procédures organisationnelles et sur le climat psychologique de travail. Dans ce contexte, tel que l'illustre la Figure 2, la façon dont les superviseurs – entre autres de par leur style de leadership – entrent en relation avec leurs employés et le climat psychologique qu'ils contribuent à implanter et à valoriser sont d'autant de facteurs influençant la qualité de l'échange social professionnel. En d'autres termes, la dyade superviseur-employé existe dans un cadre de travail qui comprend le climat psychologique et elle se nourrit mutuellement.

Figure 2

Cycle d'investissements et de réinvestissements relationnels au travail



En complément à ce cadre théorique, les divers facteurs organisationnels recensés par Hayes et al. (2012) ont été retenus et adaptés pour ancrer un cadre d'analyse pertinent au positionnement de cette recherche. Hayes et al. (2012) suggèrent dans leur revue de la documentation que les recherches futures s'attardent au contexte organisationnel dans lequel le départ effectif s'opère ainsi qu'aux interventions sur des facteurs, tel que le supérieur, pouvant porter fruit dans la compréhension et l'explication de l'intention de quitter. Ainsi, la

présente thèse propose – en s’inspirant d’une part de la théorie de l’échange social et d’autre part de la revue de la documentation de Hayes et al. (2012) un cadre d’analyse comprenant les éléments suivants : 1) les facteurs organisationnels – regroupant le climat psychologique de travail ainsi que le style de leadership et touchant donc aux relations interpersonnelles entre les employés et aux caractéristiques de l’organisation –, 2) les facteurs individuels – comprenant la santé psychologique et touchant donc aux attitudes et aux comportements – et 3) les facteurs externes touchant donc aux caractéristiques personnelles et démographiques telles que l’âge, le sexe et le niveau d’éducation.

Enfin, l’étude du concept de l’intention de quitter ne saurait être complète sans la distinction conceptuelle en trois niveaux, en l’occurrence l’intention de quitter l’unité, l’organisation et la profession. De fait, cette distinction a été adoptée dans cette thèse sur la base des travaux de Krausz, Koslowsky, Shalom et Elyakim (1995). En faisant écho aux propos de Takase (2010) qui décrit l’aspect progressif du cheminement menant un employé à quitter son organisation, Krausz et al. (1995) argumentent que l’étude de l’intention de quitter bénéficie grandement de la compréhension de divers niveaux d’intention de quitter. En effet, les pourtours conceptuels de l’intention de quitter son emploi ne se limitent guère à l’intention de quitter son organisation. Ils comprennent également l’intention de quitter son emploi à l’interne – l’intention de quitter son unité – laquelle est liée au roulement à l’interne ainsi que l’intention de quitter la profession qui constituerait la forme la plus sévère de retrait envers son emploi (Krausz et al., 1995). Les prochaines sections élaboreront sur les interrelations entre les variables retenues au sein de notre cadre d’analyse visant à prédire les divers niveaux d’intention de quitter.

Facteurs organisationnels

Baernholdt et Mark (2009) ainsi que plusieurs autres chercheurs (Estryn-Béhar et al., 2007; Gardner, Thomas-Hawkins, Fogg et Latham, 2007; Gormley, 2011; Zeytinoglu et al., 2007) ont trouvé que l'unité au sein de laquelle travaille l'infirmière de même que les caractéristiques de son environnement de travail immédiat (par exemple les opportunités de développement et le genre de tâches effectuées) et la qualité des relations interpersonnelles entre les collègues influent sur son intention de quitter. Ces éléments, des constituants du climat psychologique de travail lui-même défini comme la valence perçue par les employés des politiques et des procédures organisationnelles tels que les processus décisionnels et les normes organisationnelles (Tepper et al., 2009), sont perçus et vécus de façon immédiate et proximale par les infirmiers et les infirmières. D'ailleurs, Beecroft et al. (2008) de même que Leiter, Price et Spence Laschinger (2010) avancent que de mauvaises relations interpersonnelles au travail contribuent à augmenter significativement le niveau de détresse psychologique, ce qui en retour accentue l'intention de quitter. Dans le même ordre d'idées, un environnement de travail globalement insatisfaisant contribue à augmenter l'intention de quitter (Hayes et al., 2006). Par exemple, un environnement de travail très demandant au niveau émotionnel est reconnu pour augmenter l'intention de quitter (Li et al., 2010). Également, Parry (2008) et Tucker et Heward (2014) ont trouvé que le respect perçu par les effectifs infirmiers en provenance du supérieur (notamment la reconnaissance de la charge de travail) et des collègues ainsi que de percevoir des occasions de développement professionnel adéquates diminuent l'intention de quitter. À l'inverse, des horaires de travail et des ressources inappropriées ou en quantité insuffisante sont reconnus pour catalyser l'intention de quitter.

Comme le climat psychologique de travail influence l'intention de quitter (Hwang et Chang, 2009; Sellgren, Ekvall et Tomson, 2007; Stone et al., 2006) et qu'on sait que la valence du climat est généralement attribuable aux pratiques de gestion du supérieur immédiat (Grojean, Resick, Dickson et Smith, 2004), il importe de s'intéresser à cet acteur. De fait, Duffield, Roche, O'Brien-Pallas, Catling-Paull et King (2009) ainsi que plusieurs autres chercheurs (Gershon et al., 2007; Han et Jekel, 2011; Raup, 2008) soulignent l'importance d'un bon style de leadership (p. ex. soutenant, transformationnel, authentique) pour prévenir les conflits entre les collègues et, par extension, l'intention de quitter au sein d'une unité. Des études subséquentes, toujours en milieu hospitalier (Duffield, Roche, Blay et Stasa, 2011; Tei-Tominaga et Miki, 2010; Voltmer et al., 2013), précisent que pour être perçu comme un bon leader, le supérieur immédiat doit reconnaître le travail de ses effectifs, être physiquement visible et présent, consulter ses employés et offrir des horaires de travail flexibles. Quant à la perception de soutien au travail de la part du superviseur, elle pourrait faire office de facteur protecteur relativement à l'intention de quitter. En effet, Kanter (1993) rapporte que l'accès à l'information, à du support et aux ressources nécessaires permet aux infirmières de se prémunir contre l'intention de quitter en sentant qu'elles ont le contrôle sur leur travail. Les infirmières percevant des niveaux élevés de soutien de la part de leur superviseur étaient peu susceptibles de songer à quitter leur poste (Hayes et al., 2012). De fait, le supérieur immédiat revêt une importance particulière pour l'infirmière à cause de leurs contacts fréquents et constants ; dans les études de Ng et Sorensen (2008) et Lim (1997), le supérieur immédiat et son support perçu ont été identifiés comme des variables importantes favorisant ou inhibant l'intention de quitter. Ces derniers avancent qu'il a un impact significatif puisqu'il représente en quelque sorte le niveau de soutien auquel peuvent

s'attendre les infirmières de la part de leur organisation. En d'autres termes, il représente l'organisation auprès des effectifs de première ligne. D'ailleurs, Simard (2007) a relevé, au cours d'entrevues qualitatives, que les infirmières désirant rester en poste perçoivent leur supérieur comme une personne chaleureuse, une personne importante qu'elles ne voudraient pas perdre et qui partage adéquatement les informations requises pour qu'elles réalisent un travail de qualité.

Facteurs individuels

D'emblée le niveau de santé psychologique affecte l'intention de quitter comme le trouvent Flinkman, Laine, Leino-Kilpi, Hasselhorn, et Salanterä (2008) ainsi que Meeusen et al. (2011). Toujours selon ces auteurs, les infirmières ayant vécu un épisode d'épuisement professionnel sont en outre plus à risque de vouloir quitter la profession. Puisqu'une faible santé psychologique est reconnue pour diminuer la qualité des soins offerts aux patients, la performance et la sécurité des patients (Heinen et al., 2013; Sexton, Thomas, et Helmreich, 2000), il appert pertinent de la considérer. Non seulement la sécurité et la qualité des soins prodigués sont-elles deux aspects importants, mais les infirmières vivent davantage de détresse psychologique comparativement à toutes les autres professions du domaine médical (Griffeth et Hom, 2004; Steel et Ovalle, 1984; Tett et Meyer, 1993; Voltmer et al., 2013). À l'instar des facteurs organisationnels augmentant l'intention de quitter, la mauvaise santé psychologique peut être accentuée par un mauvais climat psychologique de travail (Leiter et Maslach, 2009; Meeusen et al., 2011; Mrayyan, 2008), des demandes au travail élevées, un manque de soutien de la part des collègues et du supérieur immédiat, un manque d'autonomie et de respect du supérieur immédiat (Brun, Biron, Martel et Ivers, 2003).

Les infirmières vivant de la détresse psychologique sont en retour plus enclines à désirer quitter leur organisation (Rudman et al., 2014; Tei-Tominaga et Miki, 2010). Dans les faits, l'intention de quitter son organisation est très souvent le symptôme d'un environnement de travail stressant et/ou malsain (Bae et al., 2010; Hayes et al., 2006). Ce que ces auteurs ont relevé est que plus l'environnement est hostile, plus l'employé ressent de stress et plus il risque d'éprouver de l'épuisement émotionnel. Au final, les risques que cet employé désire quitter son emploi sont d'autant augmentés en fonction de la détresse psychologique qu'il éprouve (Beecroft et al., 2008; Swider et Zimmerman, 2010).

Facteurs externes

En ce qui a trait à l'âge des effectifs infirmiers, Beecroft et al. (2008) ainsi que Coombs et al. (2003) ont trouvé que, comparativement à leurs consœurs nouvellement graduées, les infirmières possédant plus d'expérience étaient plus enclines à songer quitter si elles n'avaient pas la possibilité de choisir leur unité. Au Québec, les infirmières maintiennent leur niveau d'ancienneté même si elles quittent une unité ; il faut toutefois qu'elles demeurent au sein du même établissement pour conserver leur rang. Advenant qu'une infirmière quitte son établissement, ses années d'ancienneté sont effacées et elle recommence à cumuler les années d'expérience au sein de son nouvel établissement. Toujours en ce qui a trait à l'âge, la recherche sur les infirmières s'est récemment focalisée sur l'étude d'un effet générationnel pour comprendre la rétention et l'intention de quitter ; il s'agirait d'une piste explicative, propre à cette population selon LeVasseur, Wang, Mathews et Boland (2009). Présentement, trois générations d'infirmières cohabitent sur le terrain ; les *baby-boomers*, la génération X et la génération Y. Selon Duchscher et Cowin (2004), une fine compréhension des divers enjeux liés à chacune des générations apparaît essentielle, ne serait-ce qu'en ce qui concerne des

opportunités de développement personnel offertes, du style de leadership préconisé ou des stratégies de rétention. De fait, certains chercheurs, dont Hayes et al. (2012), proposent d'orienter la recherche et la praxis pour tenir compte des diverses générations et y proposer des solutions sur mesure. Déjà à ce niveau existent des constats issus de la recherche tels ceux faits par Leiter et Maslach (2009) qui avancent que les nouvelles cohortes d'infirmières, issues par exemple de la génération X, semblent plus enclines à l'épuisement professionnel, changent plus rapidement et facilement d'emplois que leurs consœurs *baby-boomers* et se reconnaissent moins dans les valeurs préconisées par leur organisation. Dans le même ordre d'idées, les infirmières faisant partie des *baby-boomers* ressentiraient l'intention de quitter lorsqu'elles seraient submergées par une charge de travail trop grande et les infirmières de la génération X lorsqu'elles ne seraient pas assez stimulées intellectuellement, que la qualité de leur travail ne serait pas reconnue ou encore qu'elles souffriraient d'un manque d'autonomie (Takase, Oba et Yamashita, 2009). Enfin, Lavoie-Tremblay et al. (2008) avancent que la reconnaissance du travail bien fait est primordiale pour que les jeunes infirmières de la génération X n'aient pas l'intention de quitter. En ce qui a trait à la génération Y, il n'existe pas à l'heure actuelle suffisamment de recherche pour émettre des constats sur des tendances significatives et spécifiques à ce groupe. Cela dit, ce que ces travaux scientifiques soulignent notamment est l'intérêt et potentiellement le besoin d'interagir de façon différentielle avec les effectifs infirmiers en fonction de leur âge – et par extension leur génération. D'ailleurs, les modèles prédictifs de l'intention de quitter intègrent parfois l'âge comme variable d'analyse pour comprendre ses effets directs et indirects sur l'intention de départ (Rudman et al., 2014).

Par ailleurs, une panoplie de variables sociodémographiques a été étudiée en lien avec l'intention de quitter, produisant une masse de résultats peu intégrés. Baernholdt et Mark

(2009) et Borkowski et al. (2007) ont obtenu des résultats montrant que l'ensemble des infirmières ayant une scolarité en deçà d'une maîtrise était plus à risque d'éprouver le désir de quitter la profession. D'autre part, Shields et Ward (2001) et Stewart et al. (2011) avancent que généralement plus la scolarité d'une infirmière est élevée, plus elle risque d'éprouver le désir de quitter son emploi. À l'instar de Stewart et al. (2011), Lavoie-Tremblay et al. (2011) ont aussi trouvé, tout comme Borkowski et al. (2007) et Heinen et al. (2013), que les infirmiers étaient plus enclins à quitter la profession que les infirmières. Également, plusieurs chercheurs (Delobelle et al., 2011; Tourangeau et Cranley, 2006; Tschannen, Kalisch et Lee, 2010) ont souligné, à l'instar de Duffield et al. (2009), que les infirmiers et les infirmières plus scolarisées, ayant moins d'expérience et plus jeunes étaient plus à risque de ressentir une intention de quitter. Heinen et al. (2013) ont cependant rapporté que ce sont les infirmiers et les infirmières plus vieux qui seraient davantage susceptibles de quitter la profession, contrairement à Barron et West (2005). Enfin, Rudman et al. (2014) n'ont pas trouvé de liens significatifs entre l'âge, le niveau d'éducation et le sexe ainsi que l'intention de quitter au cours des cinq années de recherche longitudinale.

À la lumière de ces multiples résultats scientifiques complémentaires, mais contradictoires, un important flou persiste à l'égard de l'influence du sexe, du niveau de scolarité et de l'âge au sein de la documentation scientifique. Cela dit, compte tenu des recherches passées qui mettent en exergue certains résultats éclairants quant à notre compréhension de l'intention de quitter de même qu'à certains moments des résultantes contradictoires, nous tiendrons compte des variables de l'âge, du sexe et du niveau de scolarité pour vérifier leur possible apport dans notre modèle statistique explicatif de l'intention de quitter.

Au final, de multiples influences organisationnelles, individuelles et externes agissent de concert sur l'intention de quitter. La présente thèse propose d'étudier plus en profondeur au niveau individuel la santé psychologique, au niveau organisationnel le leadership et le climat psychologique de travail et au niveau externe certaines caractéristiques démographiques, en l'occurrence l'âge, le sexe et le niveau de scolarité.

Variables à l'étude

Leadership

Outre les facteurs organisationnels environnementaux tels que le climat psychologique de travail, le style de leadership du supérieur immédiat est connu pour influencer l'intention de quitter (Boyle, Bott, Hansen, Woods et Taunton, 1999; Cowden, Cummings, Profetto-McGrath, 2011). Du nombre, retenons le style de leadership adopté par le supérieur immédiat. La pertinence de ce choix est guidée par le fait que les relations interpersonnelles au travail entre employé et superviseur sont fréquemment rapportées, du point de vue de l'employé, comme étant celles revêtant le plus d'importance (Ashforth, 1994) et qu'elles peuvent agir comme protectrices envers l'intention de quitter. Entre autres, Simard (2007) a trouvé un lien négatif et significatif entre l'intention de quitter et la reconnaissance du superviseur. Les relations entre employé et superviseur ont de fait un impact significatif sur plusieurs aspects fondamentaux du travail, notamment la santé psychologique au travail (Cowden, Cummings, Profetto-McGrath, 2011) de même que l'intention de quitter (Estryn-Béhar et al., 2007; Gardner, Thomas-Hawkins, Fogg et Latham, 2007; Gormley, 2011; Zeytinoglu et al., 2007). Tant les relations avec le superviseur immédiat peuvent être bénéfiques pour le développement personnel et professionnel d'un employé de même que pour sa rétention au sein de l'organisation tant elles peuvent, lorsque le superviseur adopte un style de leadership abusif, être toxiques et générer de la détresse psychologique, de l'insatisfaction au travail et de l'intention de quitter. De fait, la supervision abusive est définie comme la perception par les subordonnés d'être soumis à des démonstrations verbales et non verbales hostiles excluant des contacts physiques (Tepper, 2000). La supervision abusive crée des conditions idéales à l'apparition et à la persistance d'un environnement de travail stressant et hostile (Tepper, 2000), à la probabilité d'émission de comportements de « *bullying* » (Spence Laschinger,

Wong et Grau, 2012) et à l'intention de quitter (Hayes et al., 2006). À la lumière de ceci, nombre de chercheurs avancent que le style de leadership du superviseur, selon ses caractéristiques, peut influencer l'intention de quitter son emploi (Duffield, Aitken, O'Brien-Pallas et Wise, 2004; Larrabee et al., 2003; Moore, 2001; Strachota, Normandin, O'Brien, Clary et Krukrow, 2003). Cho et al. (2009) ainsi que Kalliath et Beck (2001) abondent dans le même sens sur la base des résultats qu'ils ont obtenus à l'effet qu'il existe un lien direct entre le soutien psychologique fourni par le supérieur immédiat à son employé et une intention de quitter significativement diminuée. En regard des éléments susnommés, deux styles de leadership ont été privilégiés dans la présente thèse, soit le leadership authentique et le leadership tyrannique.

Leadership authentique

En premier lieu, le leadership authentique est positionné comme la racine de laquelle émergent les autres styles de leadership positifs (Avolio et Gardner, 2005; Spence Laschinger et al., 2012). Il est défini comme un schème de comportements de leadership transparents et éthiques, lequel encourage le partage ouvert entre le leader et ses subordonnés d'informations utiles à la prise de décisions (Avolio, Walumbwa et Weber, 2009). Le leadership authentique est composé de quatre dimensions soit la conscience de soi, le traitement équilibré de l'information, l'internalisation des perspectives morales et la transparence relationnelle (Kernis et Goldman, 2006). Une des spécificités du leadership authentique est la nécessaire adéquation entre les comportements et les valeurs du leader, c'est-à-dire que le leader émet les patrons de comportements qui émergent naturellement de ses valeurs sans se soucier outre mesure des pressions de son environnement externe.

En ce sens, le leader authentique recherchera dans son environnement les opportunités de développement personnel qui sont non seulement en concordance avec ses valeurs (Dweck et Leggett, 1988), mais également stimulantes intellectuellement. Par ailleurs, ce type de leader est préoccupé par ses subordonnés de même que par l'organisation au sein de laquelle il oeuvre et de fait, il se sent personnellement investi et responsable de leur croissance (Bass et Steidlmeier, 1999). Ce genre de comportement est susceptible de favoriser le succès des infirmiers et des infirmières nouvellement graduées, et par extension leur rétention. En effet, comme le rapportent Ulrich, Krozek, Early, Africa, et Carman (2010), adopter une attitude de mentor envers les infirmiers et les infirmières peut grandement aider leur succès de même que le développement de leurs compétences. Pour ce faire, le leader authentique fait montre de caractéristiques telles que le respect, le dépassement de soi tout en favorisant le développement personnel chez ses subordonnés (Bass et Steidlmeier, 1999). Ainsi, ce genre de supérieur, comme l'ont trouvé Beecroft, Santner, Lacy, Kunzman, et Dorey (2006) sur une période de six ans, diminue considérablement le niveau de stress ressenti chez les infirmiers et les infirmières nouvellement gradués. Il est ainsi fort probable qu'en diminuant le niveau de stress, cet éventail de comportements favorise également le bien-être psychologique des effectifs infirmiers.

En ce sens, les leaders authentiques sont souvent qualifiés de transparents dans leurs relations interpersonnelles ce qui tend à maximiser l'échange d'information de façon fluide, respectueuse et honnête (Kernis et Goldman, 2006). Considérant ces caractéristiques et le fait que le leadership authentique possède des éléments susceptibles d'être en adéquation avec l'environnement dit de « soins », un leader authentique pourrait diminuer l'intention de quitter, voire favoriser la rétention des employés (Peus, Wesche, Streicher, Braun et Frey,

2012). En fait, le leader authentique serait à même d'implanter un climat sain (Caza, Bagozzi, Woolley, et Levy, 2010; Stordeur, D'hoore et Vandenberghe, 2001) qui bénéficierait au sentiment de bien-être ressenti (Dhiman, 2011; Gardner, Avolio, Luthans, May et Walumbwa, 2005). En fait, à la lumière de la documentation scientifique, le leadership authentique est largement étudié, comparativement aux autres styles de leadership « positifs » dans le domaine de la santé. Ceci peut s'expliquer par, outre les éléments précédemment énoncés, le fait que le leadership authentique et les comportements y étant associés génèrent de la confiance (Wong et Cummings, 2009). Cette confiance est l'un des fondements même sur lequel est érigé le système de santé, système au sein duquel le patient se doit d'avoir confiance en l'institution qu'est l'hôpital de même qu'en ses effectifs. Qui plus est, le leadership authentique est lié à des résultantes importantes de l'étude des infirmiers et des infirmières notamment le départ effectif au Canada, le capital psychologique, l'engagement et la satisfaction au travail ainsi que la création et le maintien d'un environnement de travail sain. La pertinence de son choix au sein de cette thèse et son adéquation avec le milieu infirmier ne fait ainsi aucun doute.

Leadership tyrannique

Paradoxalement, un faible nombre de leaders s'engage réellement dans des interactions significatives avec leurs employés et donc peut être qualifié de transparent, d'authentique et de stimulant au plan intellectuel (Avolio, Walumbwa et Weber, 2009); Hayes et al., 2006; Peus et al., 2012). Pragmatiquement, il n'est pas suffisant d'occuper son poste de supérieur, bref de faire du « présentisme de gestion » et ainsi espérer gérer efficacement le personnel. L'apparente neutralité ou une faible implication psychologique d'un superviseur immédiat peut être perçue comme de la supervision abusive par certains employés (Tepper, 2000; Thau,

Bennett, Mitchell et Marrs, 2009). La supervision abusive peut prendre plusieurs visages, dont celui du leadership tyrannique. Ce dernier est défini comme l'utilisation d'un contrôle excessif auprès des employés ou encore comme la démonstration d'indifférence à leur égard de même que l'application de punitions injustes ou inutilement sévères (Ashforth, 1994; Cacciatore et al., 2010). Or, Tepper et al. (2009) postulent que, au sein d'une relation de supervision abusive, l'intention de quitter vécue par certains employés serait en partie la résultante d'une asymétrie au sein de la relation d'influence entre superviseur et subordonné. En d'autres termes, un employé peut percevoir à tort ou à raison qu'il possède peu de pouvoir formel et que cet état de fait catalyse potentiellement et fait perdurer la supervision abusive qu'il vit. En ce sens, l'employé pourrait considérer qu'il n'a pas les leviers formels nécessaires pour répliquer aux abus. Il en viendra peu à peu à se détacher émotionnellement de son supérieur, à éprouver une intention de quitter et ainsi, à son avis du moins, regagner une partie de pouvoir. Cela est possible puisque l'expérience de cognitions liées à l'idée de quitter son organisation détache progressivement l'employé de son employeur. Ce faisant, il est à même de mieux tolérer les invectives ou les sautes d'humeur que son supérieur lui inflige (Tepper et al., 2009). Cette problématique relationnelle pourrait donc précipiter et entretenir le désir de quitter auprès des infirmières.

Climat psychologique de travail

Le climat psychologique de travail a été défini comme la perception de la façon d'être traité dans et par l'organisation (Brunet et Savoie, 1999) ou en d'autres termes la valence perçue par les employés des politiques et des procédures organisationnelles tels que les processus décisionnels et les normes organisationnelles (Tepper et al., 2009). Selon Schneider, Ehrhart et Macey (2013), le climat psychologique de travail serait en outre la

résultante de l'importance et de la valence que les employés accordent aux politiques, aux pratiques et aux procédures au sein de leur environnement de travail. Théoriquement, un climat intégrant des éléments de soutien et de considération est reconnu pour significativement diminuer l'impact néfaste des horaires atypiques – temps supplémentaire, quarts de travail de nuit et de fins de semaine – qui, lorsque présents au sein de climats malsains, favorisent l'apparition et la persistance de l'intention de quitter (Tepper et al., 2009). À titre d'exemple, Parry (2008) propose une modélisation d'un environnement de travail sain qui place au centre de ce modèle des facteurs organisationnels représentatifs d'un environnement organisationnel de considération et de soutien, en l'occurrence les relations interpersonnelles, l'engagement des employés et un climat empreints de support, de respect et d'équité. Ces facteurs auraient un effet protecteur envers une mauvaise santé psychologique (Parry, 2008). D'autre part, toujours selon la modélisation de Parry (2008), tant les demandes que les caractéristiques organisationnelles – entre autres éléments le climat psychologique de travail – agissent comme des facteurs de stress occupationnels et affectent ultimement la santé psychologique.

Par ailleurs, l'un des aspects du climat a été significativement lié à une augmentation importante de l'intention de quitter chez les infirmières, soit la pression au travail perçue par les employés (Hom et al., 2012). Or, selon ces mêmes auteurs, cette caractéristique retrouvée dans certains climats hospitaliers est reconnue pour être directement liée à l'intention de quitter. Elle réfère au sentiment d'urgence et de célérité dont doivent faire preuve les employés dans le cadre de leur travail. D'un autre côté, plus les infirmières perçoivent que la considération individualisée et le soutien sont valorisés par leurs supérieurs, moins elles auront l'intention de quitter l'organisation (Hayes et al., 2006). Compte tenu des éléments

susnommés, le climat psychologique de travail a des effets qui peuvent être à la fois positifs ou négatifs, en fonction de sa valence, sur l'intention de quitter.

En outre, le climat psychologique de travail est également susceptible d'influencer positivement ou négativement la santé psychologique. En effet, Gilbert, Lebrock et Savoie (2008) ont trouvé une relation positive entre le climat psychologique de travail et la santé psychologique au travail. Plus encore, Beecroft et al. (2008) ont trouvé chez une population infirmière un lien négatif entre un climat psychologique de travail sain et la détresse psychologique. Dans le même esprit, plusieurs chercheurs (Brewer, Kovner, Greene, Tukov-Shuser et Djukic, 2012; Hayes et al., 2006; Lavoie-Tremblay et al., 2011; O'Brien-Pallas, Murphy, Shamian, Li et Hayes, 2010) ont rapporté un lien positif et significatif entre un climat psychologique de travail malsain et la détresse psychologique au travail. Il semblerait donc que le climat psychologique de travail soit significativement lié à la santé psychologique. Concrètement et à l'instar de Krausz et al. (1995), Aiken, Clarke, Sloane, Lake et Cheney (2008) ont étudié le climat psychologique de travail auprès de 10 184 infirmières issues de 160 hôpitaux américains ; ils ont trouvé que la probabilité que les infirmières éprouvent de l'épuisement professionnel était de 24% plus basse au sein d'hôpitaux ayant des environnements de travail sains contrairement aux hôpitaux ayant des environnements de travail neutres ou malsains. Cette relation pourrait d'ailleurs influencer sur l'intention de quitter son unité, son organisation ou sa profession. D'ailleurs, certains chercheurs suggèrent d'étudier plus amplement les fondements de la relation entre le climat psychologique de travail et la santé psychologique (Cacciatore, Morin, Nelson et Boudrias, 2010).

Santé psychologique au travail

Gilbert, Dagenais-Desmarais et Savoie (2011) soulignent qu'il a fallu attendre 1946 pour que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) statue que la santé n'est pas seulement l'absence de maladie, mais bien aussi un état de bien-être complet. À cet égard, la santé comme concept réfère à une présence d'indicateurs tant positifs que négatifs. Cette importante dualité – détresse psychologique et bien-être psychologique – en regard de la santé psychologique justifie qu'au sein de cette étude, la santé psychologique y soit évaluée à l'aide d'une approche établissant les deux concepts comme antinomiques et interdépendants (Gilbert et al., 2011), et donc comme ayant des caractéristiques suffisamment différentes pour nécessiter leur double présence (voir Figure 3).

Figure 3

Conceptualisation de la santé psychologique telle que mesurée dans cette thèse

RAPPORTS ENVERS...	POSITIFS (Bien-être psychologique au travail)	NÉGATIFS (Détresse psychologique au travail)
... SOI	Équilibre personnel	Anxiété/dépression
... TRAVAIL	Engagement	Désengagement
... ENTOURAGE	Harmonie sociale	Irritabilité/agressivité

Quelques symptômes au niveau individuel et relevant spécifiquement du niveau de santé psychologique ont été liés à l'intention de quitter. Du nombre, retenons les plus saillants soit la détresse psychologique (Corley, Elswick, Gorman et Clor, 2001; Hemingway et Smith, 1999; Sheridan et Abelson, 1983) l'épuisement professionnel (Hemingway et Smith, 1999;

Swider et Zimmerman, 2010) et le bien-être psychologique (Aiken et al., 2001; Emberland et Rundmo, 2010; Wright et Bonett, 1992; 2007). Essentiellement, ces derniers ont trouvé que la santé psychologique est un élément fort probablement inducteur ou un protecteur, selon sa valence, de l'intention de quitter.

Concrètement en ce moment, environ 500 000 canadiens ne sont pas en mesure de travailler, chaque semaine, pour cause de problèmes de santé psychologique et un tiers des demandes d'invalidité sont le fait de problématiques associées à la santé psychologique (Commission de la santé mentale du Canada, 2016). En outre, toujours selon la Commission de la santé mentale du Canada, les affections psychologiques expliqueraient à elles seules 70% des coûts associés à l'invalidité au travail. En Europe, Paoli et Merllié (2000) rapportent que le stress serait la source de 50% à 60% des journées de travail perdues. De même, les coûts sociaux liés au stress en France seraient de l'ordre de 2 à 3 milliards d'euros (Trontin, Lassagne, Boini et Rinal, 2010).

Et, à l'instar des travailleurs dispersés sur les territoires canadiens et européens, les infirmières semblent éprouvées par des problématiques liées à la santé psychologique, lesquelles mènent entre autres à l'absentéisme et à l'intention de quitter. Comme en font foi les statistiques colligées par Shields et Wilkins (2006), 48% des infirmières en 2004 ont rapporté avoir demandé et obtenu un congé de maladie, pour un total de plus de 17,7 millions d'heures d'absence par année au sein de cette population de travailleurs. La durée moyenne d'un congé de maladie au Québec s'élève à 44 jours alors que la durée moyenne hors Québec s'établit plutôt entre 13 et 20 jours (Shields et Wilkins, 2006). Inquiétant est le fait que ces absences professionnelles médicalement justifiées sont principalement le fruit de problèmes de santé psychologique (Bourbonnais, 2000; Sochalski, 2002) et prennent donc racine au sein

de la détresse psychologique et du bien-être au travail vécus par les infirmières. À nouveau, cette importante dualité – détresse psychologique et bien-être psychologique – en regard de la santé psychologique justifie qu’au sein de cette étude, la santé psychologique y soit évaluée à l’aide d’une approche établissant les deux concepts comme antinomiques et interdépendants (Gilbert et al., 2011).

Détresse psychologique. La détresse psychologique est définie comme des états de détresse comprenant de l’anxiété, des sentiments dépressifs, des problèmes cognitifs, de l’irritabilité, de la frustration et de l’obsession-compulsion (Massé et al., 1998). Trois sous-dimensions sont présentes au sein de cette conceptualisation, en l’occurrence l’irritabilité/agressivité envers autrui, l’anxiété/dépression par rapport à soi et le désengagement vis-à-vis le travail. Lorsque la détresse psychologique est étudiée au sein de la documentation scientifique, il est trouvé que les risques qu’un employé désire quitter son emploi seraient d’autant augmentés en fonction de l’intensité de la détresse qu’il éprouve (O’Brien-Pallas et al., 2010; Swider et Zimmerman, 2010). Les infirmières n’y échappent pas et au fur et à mesure que perdure et progresse un sentiment d’épuisement professionnel, l’intention de quitter perdure et progresse également (Rudman et al., 2014). Or, dans les faits, selon Griffeth et Hom (2004) et plusieurs autres chercheurs (Steel et Ovalle, 1984; Sullivan, Kerr et Ibrahim, 1998; Tett et Meyer, 1993), les infirmières possèderaient des taux de détresse psychologique significativement plus élevés que la population générale et elles quitteraient massivement la profession dès les deux premières années (Allen, Bryant et Vardaman, 2010; Beecroft et al., 2008). Rudman, Omne-Pontén, Wallin et Gustavsson (2010) ont ventilé cette intention de quitter en trois cohortes de « premières années » ; les deux premières cohortes ont affiché un taux de 10% d’intention de quitter la profession alors que la troisième un taux

de 20%. Quant à la proportion d'infirmières s'établissant sur la plus haute échelle en termes de détresse psychologique, Vahey, Aiken, Sloane, Clarke et Vargas (2004) l'estiment à 40%. De plus, les populations infirmières seraient, de toutes les professions du milieu de la santé, les plus exposées à une multitude de stressseurs (Parry, 2008; Simmons et Nelson, 2001), lesquels influent sur le niveau de détresse psychologique ressentie par les effectifs infirmiers. De fait, selon Buerhaus, Donelan, Ulrich et Norman (2005) ainsi que Watson et al. (2009), le niveau de détresse psychologique affecte tant l'épuisement émotionnel et professionnel que l'intention de quitter et le départ effectif d'infirmières. Borda et Norman (1997) ainsi que Corley et al. (2001) ont d'ailleurs trouvé une relation significative entre la détresse et l'intention de quitter. En effet, même si le niveau de détresse psychologique vécue est modéré, plus de 15% des infirmières ont affirmé quitter leur emploi spécifiquement à cause de la détresse qu'elles vivaient. Enfin, il est à noter que les taux de détresse psychologique observés chez les infirmières nouvellement en poste sont significativement plus élevés que ceux qui seront observés quatre ans plus tard auprès de la même cohorte (Watson et al., 2009). Ceci pourrait être dû à une inadéquation entre ce qui est appris sur les bancs d'école et la réalité du travail. Takase, Nakayoshi et Teraoka (2012) précisent que deux types d'inadéquation peuvent survenir en milieu infirmier soit une de demandes-habilités et une de ressources-besoins. Certainement, le premier type d'inadéquation réfère au fait d'être confronté à des demandes qui excèdent ce qui pourrait avoir été appris sur les bancs du collège ou de l'université alors que le deuxième type d'inadéquation réfère à l'incapacité de l'environnement externe immédiat de fournir les ressources – matérielles, développementales, de reconnaissances, personnelles – requises par l'infirmière dans l'accomplissement de son

travail. Dans les deux cas, cette disparité peut mener à ressentir de la détresse psychologique, voire ultimement mener au départ effectif des infirmières.

Bien-être psychologique. Maintenant, attardons-nous au bien-être psychologique, autre composante de la santé psychologique. Il est défini comme des états intrinsèques de bonheur qui mènent à une satisfaction accrue et à une plus grande confiance (Massé et al., 1998). Le bien-être psychologique est en outre conceptualisé en trois sous-dimensions en l'occurrence l'équilibre personnel, qui réfère au sentiment d'être équilibré et serein comme individu, de l'engagement au travail, qui fait référence au bien-être et à l'intérêt porté envers le travail et finalement à l'harmonie sociale qui réfère à la perception d'entretenir des relations harmonieuses avec ses collègues. Le bien-être psychologique est ainsi conceptualisé comme une résultante de cognitions et d'émotions positives (Diener, Oishi et Lucas, 2003).

Par ailleurs, le créneau de l'effet du bien-être psychologique sur l'intention de quitter a été moins étudié dans la documentation scientifique. Voulant remédier officieusement à cette absence d'études sur le sujet, Brewer et al., (2012) ainsi que Maningo-Salinas (2010) et Wright et Bonett (1992) ont trouvé qu'un faible niveau de bien-être psychologique était associé à une intention de quitter son emploi ou sa profession d'autant plus élevée. Ensuite, Vahey et al., (2004) ainsi que Wright et Bonett (2007) ont à nouveau dirigé leur attention sur cette relation, en répliquant les résultats qu'ils avaient obtenus en 1992, ne serait-ce que pour bien ancrer la pertinence de l'effet du bien-être psychologique sur l'intention de quitter son emploi ainsi que les impacts sociaux et financiers en découlant. Ce n'est toutefois que très récemment que des liens ont été à nouveau explicités, preuves statistiques à l'appui. De fait, Aiken et al. (2001) ainsi qu'Emberland et Rundmo (2010) ont trouvé que lorsqu'une sensation de bien-être psychologique est vécue par les employés, ils auront significativement moins

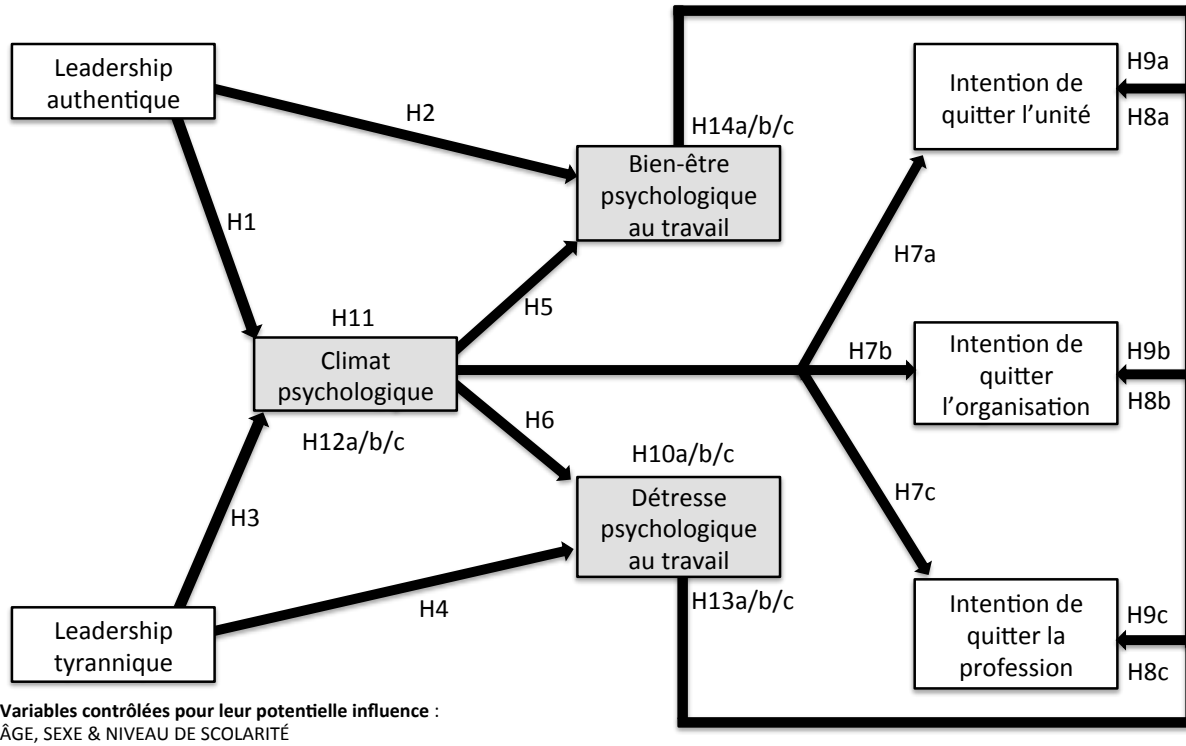
l'intention de quitter leur emploi. Il s'agit, dans l'optique de comprendre et d'expliquer l'intention de quitter, d'une des relations les plus fortes qu'ils ont trouvées. Ainsi, le bien-être psychologique serait davantage susceptible de prédire l'intention de quitter que la satisfaction au travail, l'engagement organisationnel et la sécurité d'emploi selon ces recherches (Aiken et al., 2001; Emberlan et Rundmo, 2010).

*Modélisation proposée
des hypothèses de recherche*

Compte tenu du fondement théorique exposé ci-dessus et des contributions théoriques et pratiques que nous entrevoyons à l'issue de cette étude, nous proposons la modélisation suivante illustrée à la Figure 4.

Figure 4

Les effets du leadership, du climat psychologique de travail et de la santé psychologique au travail sur l'intention de quitter – Modélisation des hypothèses



Tel que souligné précédemment par de multiples auteurs, les variables de l'âge, du sexe et du niveau de scolarité pourraient avoir une influence sur les diverses variables à l'étude. Il est donc pertinent de les inclure au sein des analyses acheminatoires par modélisation d'équations structurelles comme des variables contrôles.

Hypothèses

H1 : Le leadership authentique est directement et positivement lié au climat psychologique de travail.

H2 : Le leadership authentique est directement et positivement lié au bien-être psychologique.

H3 : Le leadership tyrannique est directement et négativement lié au climat psychologique de travail.

H4 : Le leadership tyrannique est directement et positivement lié à la détresse psychologique

H5 : Le climat psychologique de travail est directement et positivement lié au bien-être psychologique

H6 : Le climat psychologique de travail est directement et négativement lié à la détresse psychologique au travail

H7 : Le climat psychologique de travail est directement et négativement lié à l'intention de quitter...

H7a : ...son unité.

H7b : ...son organisation.

H7c : ...sa profession.

H8 : La détresse psychologique au travail est positivement liée à l'intention de quitter...

H8a : ...son unité.

H8b : ...son organisation.

H8c : ...sa profession.

H9: Le bien-être psychologique au travail est négativement lié à l'intention de quitter...

H9a : ...son unité.

H9b : ...son organisation.

H9c : ...sa profession.

H10 : La détresse psychologique au travail médie partiellement la relation indirecte et négative entre le climat psychologique de travail et l'intention de quitter...

H10a : ...son unité.

H10b : ...son organisation.

H10c : ...sa profession.

H11 : Le climat psychologique de travail médie complètement la relation positive entre le leadership authentique et le bien-être psychologique au travail

H12 : Le climat psychologique de travail médie complètement la relation négative entre le leadership authentique et l'intention de quitter...

H12a : ...son unité.

H12b : ...son organisation.

H12c : ...sa profession.

H13 : La détresse psychologique au travail médie complètement la relation positive entre le leadership tyrannique et l'intention de quitter...

H13a : ...son unité.

H13b : ...son organisation.

H13c : ...sa profession.

H14 : Le bien-être psychologique au travail médie complètement la relation négative entre le leadership authentique et l'intention de quitter...

H14a : ...son unité.

H14b : ...son organisation.

H14c : ...sa profession.

En somme, il est postulé que le style de leadership est significativement et directement lié au climat psychologique de travail de même qu'au niveau de santé psychologique des effectifs infirmiers. Également, il est postulé que le climat psychologique de travail est significativement et directement lié à la santé psychologique ainsi qu'aux trois niveaux d'intention de quitter. Il est aussi postulé qu'il est lié indirectement à l'intention de quitter et que cette influence passe en partie par la détresse psychologique. En effet, comme la valence du climat est saine, il est estimé qu'une partie de son influence sur l'intention de quitter s'exprimera à travers la détresse psychologique tout en étant néanmoins légèrement diminuée. Enfin, il est aussi postulé que le climat psychologique de travail agit à titre de médiateur complet entre les styles de leadership et les trois niveaux d'intention de quitter. En ce qui a trait à la santé psychologique, il est postulé que celle-ci est significativement et directement liée à l'intention de quitter et qu'elle agit également comme médiateur complet entre les styles de leadership et l'intention de quitter.

Méthode

La présente étude est menée sur un groupe d'infirmiers et d'infirmières du Québec à l'aide d'un devis transversal. Les participants ont répondu à un questionnaire web de façon volontaire et anonyme. Les résultats sont par ailleurs obtenus grâce à des mesures autorapportées par les employés.

Déroulement de l'expérimentation et échantillon

La collecte de données a eu lieu auprès de groupes d'infirmiers et d'infirmières issus de divers contextes professionnels; hôpitaux, cliniques privées, CHSLD (Centre d'hébergement et de soins de longue durée) et CSSS (Centre de santé et de services sociaux). De plus, les répondants oeuvraient dans différentes régions administratives du Québec. Au sein du questionnaire étaient présentes de nombreuses échelles évaluant le style de leadership du supérieur immédiat, le climat psychologique de travail, la santé psychologique et l'intention de quitter, toujours du point de vue des employés. La collecte de données a été possible grâce à l'obtention de 7997 adresses courriel auprès de l'Ordre des infirmiers et des infirmières du Québec. Le taux de participation est de 11.34% (903/7997) ce qui est honnête au sein du contexte prévalent dans les milieux de santé, notamment en regard de la charge et des horaires de travail. Les éventuels participants étaient invités à prendre connaissance des règles déontologiques et des aspects de confidentialité avant d'entreprendre la complétion du questionnaire. De ce nombre, 1013 infirmiers et infirmières ont répondu, entre le 2 mai et le 16 mai 2011, au questionnaire disponible en ligne via la plateforme Survey Monkey sécurisée par protocole SSL. À la suite d'analyses statistiques préliminaires, 903 participants et participantes, ayant consenti librement et de façon éclairée à répondre au sondage, ont été retenus : les participants ayant même une seule donnée manquante ont été retirés de la banque de données finale.

Représentativité de l'échantillon

L'échantillon de 903 infirmières a été recueilli auprès de divers milieux professionnels. Au départ, 7997 infirmiers et infirmières ont été ciblés au cours d'une démarche qui se voulait la plus représentative de la population de l'Ordre des infirmiers et des infirmières du Québec. En ce qui a trait à l'âge, au sexe et à la situation d'emploi, les 903 infirmiers et infirmières de la présente étude se distribuent de façon représentative par rapport à la population de plus de 70 000 infirmiers et infirmières de l'OIIQ. De légères différences sont toutefois présentes quant au niveau de scolarité complété ; davantage d'infirmières ont obtenu un baccalauréat (46.1%) ainsi qu'une maîtrise (17.8%) dans l'échantillon recueilli que dans la population globale de l'OIIQ (respectivement 31.2% et 3.1%). Également, une proportion significative des infirmiers et des infirmières enregistrés à l'OIIQ oeuvrent au sein de CSSS (47.7%) ou dans des centres universitaires (26.7%) ; dans l'échantillon recueilli, davantage d'infirmières travaillaient dans un centre hospitalier (28.7% contre 4.4% pour l'OIIQ) de même qu'une proportion plus faible dans les CSSS (30.5%) et dans les centres universitaires (14.3%).

Instruments

Cette section détaille les divers instruments de mesure psychométrique ayant été utilisés dans la présente thèse.

Santé psychologique au travail. Tout d'abord, la santé psychologique a été mesurée sur la base de la conceptualisation présentée dans la Figure 3 et ainsi divisée en deux pôles, soit le bien-être psychologique et la détresse psychologique au travail.

Bien-être psychologique au travail. Le bien-être psychologique au travail a été mesuré à l'aide d'un questionnaire adapté de Massé et al. (1998) par Gilbert, Lebrock et Savoie

(2011). À l'origine, l'instrument de Massé et al. (1998) mesurait le bien-être psychologique en général. Gilbert et al. (2011) ont ensuite testé le questionnaire en milieu organisationnel pour valider son utilisation ciblée au sein d'environnements de travail. Essentiellement, le questionnaire comprend 25 énoncés mesurés à l'aide d'une échelle de Likert ancrée en 5 points (1= jamais à 5 = presque toujours). Dans l'optique de connaître la structure du construit du bien-être psychologique au travail, des analyses factorielles ont été menées par les auteurs. Les résultats issus de celles-ci montrent la présence de trois facteurs au sein du construit duquel ont été retranchés trois énoncés. Ces derniers contribuent à expliquer 51.8% de la variance. Il s'agit de l'équilibre personnel (10 énoncés) dont un exemple d'énoncé est « Je suis bien dans ma peau, en paix avec moi-même », de l'engagement au travail (5 énoncés) dont un énoncé se détaille ainsi « Je trouve mon travail excitant et j'ai envie d'en profiter » et finalement de l'harmonie sociale (7 énoncés) dont un exemple est « Je suis en bon terme avec mes collègues, mes supérieurs ou mes subordonnés ». La cohérence interne de l'échelle d'équilibre personnel est de $a = .90$, celle de l'échelle d'engagement au travail de $a = .82$ et celle de l'harmonie sociale de $a = .80$. La cohérence du construit global de bien-être psychologique est de $a = .93$.

Détresse psychologique au travail. À l'instar de la mesure du bien-être psychologique au travail, Gilbert et al. (2011) ont adapté au milieu organisationnel l'instrument proposé par Massé et al. (1998) qui évaluait essentiellement la détresse psychologique en général. L'instrument utilisé pour cette recherche comporte donc 23 énoncés, lesquels sont ancrés en 5 points (1 = jamais à 5 = presque toujours) sur une échelle de Likert. À la suite d'analyses factorielles exploratoires, trois facteurs ont émergé et contribuent à expliquer 56.9% de la variance. Il s'agit de l'irritabilité/agressivité envers autrui (7 énoncés) avec comme exemple

d'énoncé « Je suis en conflit avec mes collègues, mes supérieurs ou mes subordonnés », de l'anxiété/dépression par rapport à soi (9 énoncés) dont un des énoncés est « J'ai l'impression d'avoir raté ma carrière » et du désengagement vis-à-vis le travail (7 énoncés) dont un énoncé se lit comme suit « J'ai envie de tout lâcher, de tout abandonner ». La cohérence interne de l'échelle de l'irritabilité/agressivité envers autrui est de $a = .85$, celle de l'anxiété/dépression de $a = .91$ et celle du désengagement vis-à-vis le travail de $a = .89$. La cohérence interne du construit global de détresse psychologique est de $a = .95$.

Climat psychologique de travail. Le climat psychologique de travail a été mesuré à l'aide d'un questionnaire de Lafrenière, Lagarde, Brunet et Savoie (2003) basé sur les travaux de Brunet et Savoie (1999). Les répondants devaient exprimer leur niveau d'accord à l'aide d'une échelle de mesure en 6 points (1= tout à fait en désaccord à 6= tout à fait en accord). L'instrument de Lafrenière, Lagarde, Brunet et Savoie (2003) compte 17 énoncés ayant été soumis à une analyse factorielle confirmatoire à l'époque. Les trois facteurs originalement postulés ont été corroborés en l'occurrence le soutien à l'autonomie (6 énoncés) dont un exemple de question est « Vous avez la marge de manœuvre nécessaire pour faire votre travail », l'actualisation (5 énoncés) avec comme exemple d'énoncé « Vous pouvez développer votre potentiel au travail » et finalement la considération (6 énoncés) dont un énoncé est « Vous êtes traité avec respect et dignité ». La cohérence interne pour l'échelle du soutien à l'autonomie est de $a = .91$, celle de l'échelle de l'actualisation $a = .93$ et celle de la considération $a = .93$. La cohérence interne du construit global est égale à $a = .97$

Intention de quitter. L'outil utilisé pour mesurer l'intention de quitter est composé de trois dimensions se déclinant selon les formes que peut prendre l'intention de quitter des infirmières énoncées par Krausz et al. (1995). En vue d'opérationnaliser ce construit

tridimensionnel conceptualisé par Krausz et al. (1995) et permettre la mesure distincte des trois dimensions de l'intention de quitter, chacune d'entre elles a été mesurée par trois énoncés en s'inspirant des énoncés généraux de Mobley et al. (1979) adaptés en français par Paillé (2006, 2007). Un minimum de trois items par dimension est recommandé afin d'assurer la fidélité de la mesure d'un construit (Raubenheimer, 2004). Le questionnaire utilisé comporte donc 9 questions, auxquelles il est possible de répondre à l'aide d'un ancrage en 6 points (1= totalement en désaccord à 6= tout à fait en accord). Le désir de quitter son unité a été évalué par 3 énoncés dont un exemple est « Je pense souvent à quitter mon unité », l'intention de quitter son organisation a également été évaluée par 3 énoncés dont un exemple est « Je cherche activement un emploi dans un autre établissement » et enfin à l'instar des deux autres niveaux l'intention de quitter la profession a été évaluée à partir de 3 énoncés dont l'un d'eux est « Dès que je peux je quitte définitivement ma profession ». En ce qui concerne les propriétés psychométriques de l'instrument, celui-ci présente une structure factorielle en trois dimensions fidèle aux trois niveaux d'intention de quitter mesurés dans cette thèse (KMO = .73 ; Paiement, 2015). Les coefficients de saturation des items sur leurs facteurs variaient entre .66 et .98, ce qui indique qu'ils représentent bien leurs dimensions selon les normes établies par Stevens (2002). Enfin, chacune des dimensions, représentant l'intention de quitter l'unité, l'organisation et la profession, présentait des très bons indices de cohérence interne ($\alpha = .87; .91$ et $.89$; respectivement).

Leadership authentique. Le leadership authentique a été mesuré à l'aide d'un questionnaire éponyme basé sur une traduction française validée par Nelson (2014) du Authentic Leadership Questionnaire élaboré par Walumbwa, Avolio, Gardner, Wernsing et Peterson (2008). L'instrument original comprend 16 énoncés répartis sur quatre dimensions.

La validation française a pour sa part retranché quatre énoncés, de telle sorte que le questionnaire se distribue en quatre facteurs composés de 3 énoncés chacun auxquels il était possible de répondre à l'aide d'une échelle de Likert ancrée en 5 points (1= jamais à 5 = fréquemment, sinon toujours). L'instrument évalue la perception du style de leadership du supérieur immédiat selon quatre dimensions associées au leadership authentique: a) la transparence du leader (3 énoncés) dont un énoncé est « Mon supérieur immédiat encourage tout le monde à dire ce qu'il pense », b) le volet éthique/moral (3 énoncés) dont un exemple de question est « Mon supérieur immédiat me demande de prendre des positions conformes à mes valeurs fondamentales », c) le traitement équilibré (3 énoncés) dont un énoncé est « Mon supérieur immédiat analyse les données pertinentes avant de prendre une décision » et d) la conscience de soi (3 énoncés) dont un exemple est « Mon supérieur immédiat sait quand il est temps de réévaluer ses positions sur des questions importantes ». La cohérence interne de chaque échelle explicitée par les alphas de Cronbach se distribue ainsi : conscience de soi $a = .91$; transparence relationnelle $a = .87$; éthique/moral $a = .84$ et traitement équilibré $a = .93$. La cohérence interne du construit global est de $a = .96$.

Leadership tyrannique. Le leadership tyrannique a été mesuré à l'aide de la validation française de Cacciatore et al. (2010) de l'instrument original d'Ashforth (1994). Les six facteurs de la version originale anglaise sont (1) faire preuve de gestion arbitraire, (2) déprécier ses subordonnés, (3) manquer de considération, (4) décourager de l'initiative de ses subordonnés, (5) appliquer des punitions non contingentes, (6) avoir un style de résolution de conflit autocratique. De ces six facteurs, trois présentés ci-dessous ont été retenus dans la version de Cacciatore et al. (2010) puisqu'ils avaient la meilleure validité discriminante. Le questionnaire utilisé dans la présente thèse comprend donc 12 énoncés auxquels il était

possible de répondre à l'aide d'une échelle de Likert ancrée en 5 points (1= jamais à 5 = fréquemment, sinon toujours). Voici la structure de l'instrument en trois facteurs tel qu'utilisé auprès des infirmières et qui évalue la perception du style de leadership du supérieur immédiat : faire preuve de gestion arbitraire (4 énoncés) dont un exemple est « Mon supérieur immédiat s'attribue le crédit pour le bon travail réalisé par les autres », la dépréciation de ses subordonnés (4 énoncés) dont un énoncé est « Mon supérieur immédiat dévalorise ou diminue ses employés » et enfin l'application de punitions non contingentes (4 énoncés) dont un exemple d'énoncé est « Mon supérieur immédiat est souvent mécontent de mon travail sans raison apparente ». Les alphas de Cronbach des trois dimensions de la version francophone sont respectivement de $a = .87$ pour faire preuve de gestion arbitraire, de $a = .91$ pour la dépréciation de ses subordonnés et de $a = .90$ pour l'application de punitions non contingentes. La cohérence interne du construit global est de $a = .93$.

Résultats

Cette section s'attardera d'abord sur le rationnel d'utilisation de la méthode statistique d'analyse acheminatoire par équations structurelles, la vérification des postulats de base permettant les analyses acheminatoires par modélisation d'équations structurelles, un portrait des statistiques descriptives de l'échantillon ainsi qu'une contextualisation de l'interprétation des données. Les résultats en tant que tels seront par la suite abordés – en l'occurrence les effets directs, indirects et totaux observés dans cette thèse. Enfin, les analyses d'invariances seront présentées à la toute fin de la section.

Concrètement, l'entière du modèle d'hypothèses proposé (H1 à H14 inclusivement) dans cette étude a été testée à l'aide des analyses acheminatoires par modélisation d'équations structurelles, lesquelles ont été réalisées avec le logiciel statistique STATA 12. L'utilisation des analyses acheminatoires par modélisation d'équations structurelles est justifiée par la relative complexité du modèle proposé dans cette thèse. En outre, l'utilisation de cette méthode d'analyses statistiques permettra l'obtention de résultats et de conclusions davantage parcimonieuses. En effet, les analyses acheminatoires par modélisation d'équations structurelles permettent, contrairement aux analyses par régressions multiples, de contrôler pour les erreurs de mesure (Kline, 2010). De même, cette méthode permet de maximiser l'exactitude des résultats issus d'analyses de médiation (MacKinnon 2008). En somme, les analyses acheminatoires par modélisation d'équations structurelles s'avèrent une méthode statistique qui permettra de tester avec robustesse les relations proposées dans notre cadre d'analyse visant à prédire l'intention de quitter.

Statistiques descriptives

Les statistiques descriptives des variables catégorielles de l'étude sont présentées au Tableau I, les statistiques des variables continues au Tableau II et la fréquence observée de la présence d'intention de quitter dans l'échantillon au Tableau III.

Tableau I

Statistiques descriptives des variables catégorielles de l'étude

Variabiles	<i>n</i>	%
Âge		
<i>24 ans ou moins</i>	62	6.9
<i>25 à 29 ans</i>	131	14.5
<i>30 à 34 ans</i>	137	15.2
<i>35 à 39 ans</i>	110	12.2
<i>40 à 44 ans</i>	96	10.6
<i>45 à 49 ans</i>	118	13.1
<i>50 à 54 ans</i>	136	15.1
<i>55 à 59 ans</i>	72	8.0
<i>60 à 64 ans</i>	35	3.9
<i>65 ou plus</i>	6	0.7
Genre		
<i>Homme</i>	98	10.9
<i>Femme</i>	805	89.1
Niveau de scolarité		
<i>Diplôme d'Études collégiales</i>	243	26.9
<i>Université (certificat)</i>	83	9.2
<i>Université (baccalauréat)</i>	416	46.1
<i>Université (cycles supérieurs)</i>	161	17.8

Tableau II*Statistiques descriptives des variables continues de l'étude*

Variables	<i>n</i>	Étendue	Moyenne (<i>ÉT</i>)
Leadership authentique			
<i>Global</i>	903	1.00 - 5.00	3.41 (0.94)
<i>Transparence</i>	903	1.00 - 5.00	3.47 (1.01)
<i>Éthique/morale</i>	903	1.00 - 5.00	3.63 (0.93)
<i>Traitement équilibré</i>	903	1.00 - 5.00	3.36 (1.02)
<i>Conscience de soi</i>	903	1.00 - 5.00	3.16 (1.12)
Leadership tyrannique			
<i>Global</i>	903	1.00 - 5.00	1.51 (0.70)
<i>Gestion arbitraire</i>	903	1.00 - 5.00	1.67 (0.90)
<i>Dépréciation</i>	903	1.00 - 5.00	1.58 (0.85)
<i>Punitions non contingentes</i>	903	1.00 - 5.00	1.28 (0.61)
Climat psychologique de travail			
<i>Global</i>	903	1.00 - 6.00	4.42 (1.02)
<i>Soutien à l'autonomie</i>	903	1.00 - 6.00	4.45 (1.03)
<i>Considération</i>	903	1.00 - 6.00	4.34 (1.12)
<i>Actualisation</i>	903	1.00 - 6.00	4.49 (1.07)
Bien-être psychologique au travail			
<i>Global</i>	903	2.32 - 5.00	4.00 (0.51)
<i>Équilibre personnel</i>	903	1.60 - 5.00	3.89 (0.62)
<i>Engagement</i>	903	1.80 - 5.00	3.95 (0.64)
<i>Harmonie sociale</i>	903	2.00 - 5.00	4.24 (0.50)
Détresse psychologique au travail			
<i>Globale</i>	903	1.00 - 3.91	1.78 (0.54)
<i>Anxiété/dépression</i>	903	1.00 - 4.56	1.92 (0.62)
<i>Désengagement</i>	903	1.00 - 4.29	1.71 (0.64)
<i>Irritabilité/agressivité</i>	903	1.00 - 3.71	1.67 (0.49)
Intention de quitter			
<i>Globale</i>	903	1.00 - 6.00	2.06 (1.36)
<i>Son unité</i>	903	1.00 - 6.00	2.31 (1.52)
<i>Son organisation</i>	903	1.00 - 6.00	2.25 (1.52)
<i>Sa profession</i>	903	1.00 - 6.00	1.71 (1.23)

Tableau III

Fréquences observées de la présence d'intention de quitter dans l'échantillon

Variables	<i>n</i>	%
Intention de quitter		
<i>L'unité</i>	182	20.2
<i>L'organisation</i>	173	19.2
<i>La profession</i>	81	9.0

Note. La fréquence observée de la présence d'intention de quitter représente les infirmières affirmant en moyenne au minimum être un peu en accord avec les énoncés signifiant la présence d'une intention de quitter.

Vérification des postulats

Préalablement aux analyses acheminatoires par modélisation d'équations structurelles, certains postulats de base doivent être vérifiés. Des analyses statistiques préliminaires visant à clarifier ceux-ci ont été effectuées. De fait, la normalité de la distribution, la potentielle multicollinéarité de certaines variables ainsi que la présence de données aberrantes doit être vérifiée. En ce qui a trait à la normalité de la distribution, il est possible d'en prendre compte à l'aide des indices de d'aplatissement et d'asymétrie ; ceux-ci sont tous situés à l'intérieur de l'intervalle de -3 à 3 (minimum de -0.85 jusqu'à un maximum de 2.64) suggérée par Tabachnick et Fidell (2007) sauf celui du leadership tyrannique qui est de 4.19, ce qui n'est toutefois pas problématique puisqu'inférieur à huit (Kline, 2005).

En ce qui a trait à la multicollinéarité, il est utile de tenir compte des corrélations bivariées; si des variables sont corrélées au-delà de .85 au sein de la matrice de corrélations, il est problématique d'utiliser des analyses structurelles (Kline, 2010). Dans le cas présent, aucune corrélation bivariée n'a de valeur supérieure à .85 tel qu'observable dans le Tableau V. En regard de la taille minimale de l'échantillon requise pour des analyses par équations structurelles pertinentes et significatives au plan statistique, Weston et Gore (2006) avancent

qu'un minimum de 200 participants est nécessaire. Dans le cas de la présente étude, nous disposons d'un échantillon de 903 individus, ce qui est amplement suffisant pour obtenir des résultats statistiquement significatifs. De fait, afin de respecter le ratio de 20 observations par paramètre du modèle recommandé par Kline (2010), les analyses acheminatoires par modélisation d'équations structurelles ont été effectuées en fonction de variables observées.

Interprétation des données

La matrice de covariance a été utilisée comme intrant et la méthode d'estimation retenue est celle du maximum de vraisemblance. La stratégie d'analyse adoptée est la suivante : un modèle initial comprenant l'entièreté des liens statistiques postulés par les hypothèses a été testé, puis il a été respécifié afin d'obtenir un modèle le plus parcimonieux tout en conservant une adéquation statistique satisfaisante. En ce sens, si un seul des liens du modèle final est retiré, il devra être rejeté.

Quant à l'interprétation des résultats qui sont obtenus à la suite des analyses acheminatoires par modélisation d'équations structurelles, plusieurs indices ont été considérés. D'emblée, considérant que des variables observées sont utilisées en contexte d'analyses acheminatoires, l'étude de la variance expliquée nous renseigne d'autant plus sur la force du modèle et la pertinence de ce dernier. Ensuite, les indices de GFI (Goodness-of-Fit) et de chi-carré (χ^2) contribuent à expliciter l'adéquation entre le modèle d'hypothèses proposé et les données observables en réalité. Concrètement, le GFI rapporte la variance expliquée par le modèle du chercheur (Weston et Gore, 2006). En ce qui a trait au chi-carré, il fait état de l'adéquation parfaite entre le modèle proposé par le chercheur et les données observées en réalité; lorsqu'il est non significatif, le modèle réplique parfaitement les données observées en réalité (Weston et Gore, 2006). Au sein de la communauté scientifique cet

indice est encore utilisé de nos jours. Néanmoins, puisque le chi-carré est quasi toujours significatif ce qui mènerait systématiquement au rejet du modèle proposé par le chercheur – étant donné que le chi-carré est sensible à la taille des corrélations ainsi que celle l'échantillon (Kline, 2005) – il est préférable de le compléter avec trois autres indices soutenant, de façon plus nuancée, l'adéquation entre le modèle du chercheur et les données observables en réalité. D'abord, le CFI (Comparative Fit Index) est un indicateur de l'amélioration qu'apporte le modèle du chercheur au modèle de données observables. Les valeurs statistiques varient entre 0 et 1 et plus elles s'approchent de 1, meilleure est l'adéquation (Bentler, 1990). Ensuite, le RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) évalue la simplicité et la parcimonie du modèle d'hypothèses du chercheur comparativement aux données observables en réalité. Plus le modèle est parcimonieux, plus l'indice s'approche de 0 alors que lorsque le contraire est observé, la valeur nominale de l'indice est d'autant plus élevée (Weston et Gore, 2006). Enfin, le SRMR (Standardized Root Mean Square Residual) est essentiellement basé sur les résidus de la covariance; plus il y a de différences entre le modèle du chercheur et les données observables en réalité, plus l'indice est élevé (Bentler, 1995). Dans cette optique, un indice s'approchant du 0 est souhaitable. Suivant ceci, Weston et Gore (2006) proposent que des règles d'adéquation plus strictes que celles généralement acceptées par la communauté scientifique (c.-à-d. $CFI \geq .90$, $RMSEA \leq .10$, et $SRMR \leq .10$) doivent être utilisées pour les échantillons de plus de 500 participants, tel que c'est le cas dans cette étude. Ainsi, les indices susnommés, pour le présent projet de thèse, devraient minimalement rencontrer ces critères : $CFI \geq .95$, $RMSEA \leq .06$, et $SRMR \leq .08$.

Résultats des analyses acheminatoires par modélisation d'équations structurelles

Analyse du modèle global

La variance expliquée et les indices d'adéquation du modèle initial et du modèle final sont présentés au tableau IV. Les indices d'adéquation montrent que le modèle théorique initial est pleinement saturé, mais non parcimonieux et non ajusté aux données observées. Il sert de base comparative théorique, c'est-à-dire que nous viserons à nous en approcher tout en nous assurant que le modèle final demeure ajusté aux données observées. De fait, bien que le modèle final présente une légère diminution des indices d'adéquation par rapport au modèle initial, il maintient des indices d'adéquation très satisfaisants et est effectivement ajusté aux données observées. Le modèle final d'équations structurelles de la présente thèse a une valeur de CFI de .998. Également, le modèle présente des valeurs du RMSEA de 0.023 et du SRMR de 0.018. Ces indices statistiques précédemment explicités rencontrent tous les normes plus strictes énoncées par Weston et Gore (2006).

Tableau IV

Analyses acheminatoires par modélisation d'équations structurelles

Modèles	R ²	χ ²	DL	CFI	RMSEA [IC]	SRMR
Modèle Initial	.381	0.00*	0	1.00	0.00 [.000; .000]	.000
Modèle Final	.372	19.08	13	.998	.023 [.000; .043]	.018

Note. R² = variance expliquée; DL = degrés de liberté; CFI = *Comparative Fit Index*; RMSEA = *Root mean square error of approximation*; SRMR = *Standardized root mean square residual*; IC = Intervalle de confiance. * $p < 0.001$

En ce qui a trait au modèle final retenu, présenté à la Figure 5, il permet d'expliquer la variance totale des divers niveaux d'intentions de quitter expliquée par le modèle est de 37.18%. De plus, la variance expliquée quant au climat psychologique de travail est de

31.80%. Relativement à la santé psychologique au travail, donc le bien-être psychologique et la détresse psychologique, la variance expliquée est respectivement de 28.10% et de 29.30%. Enfin, la variance expliquée spécifique à chacun des niveaux d'intention de quitter est la suivante ; pour l'intention de quitter son unité 33.42%, l'intention de quitter son organisation 31.93% et l'intention de quitter la profession 27.60%.

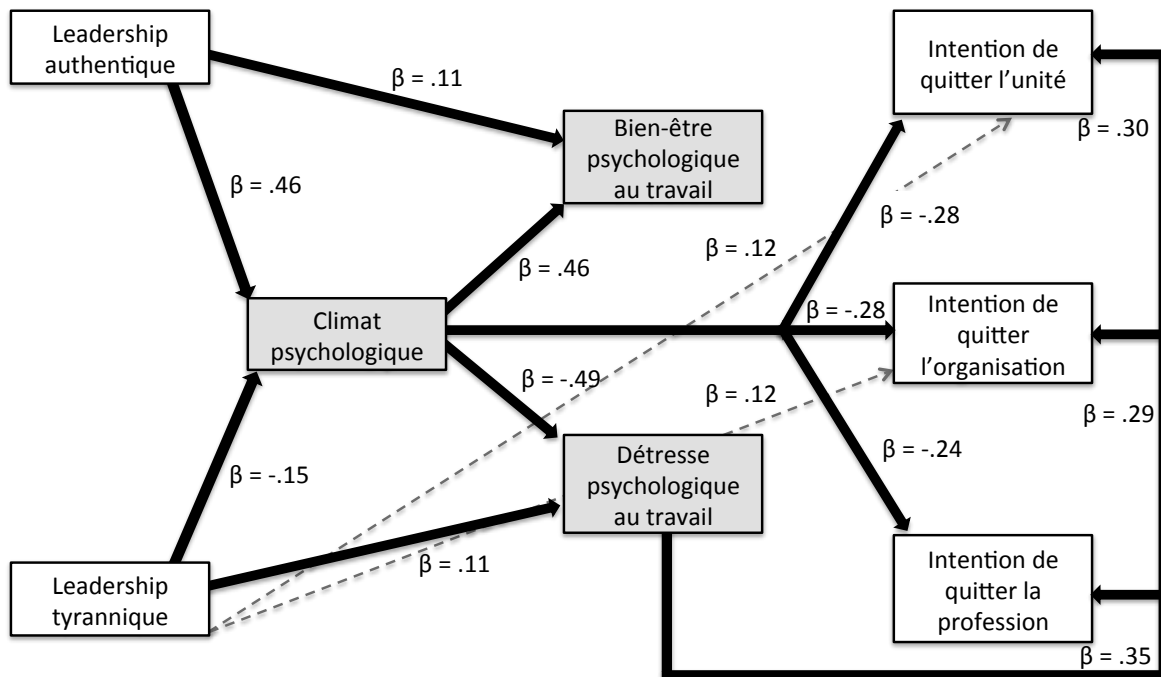
Analyse des hypothèses

Les analyses acheminatoires par modélisation d'équations structurelles ont permis d'identifier la présence ou l'absence de liens significatifs et directs entre les variables à l'étude. D'abord, les résultats montrent que l'hypothèse H1 selon laquelle le leadership authentique est positivement et directement lié au climat psychologique de travail est confirmée puisqu'un lien positif existe ($b = .46, p < .001$). Dans le même sens, l'hypothèse H2 postulait que le leadership authentique est positivement et directement lié au bien-être psychologique, ce qui a été confirmé ($b = .11, p < .001$). Nombre d'auteurs soulignent l'importance d'un bon style de leadership - soutenant, transformationnel, authentique (Duffield et al., 2009; Gershon et al., 2007; Han et Jekel, 2011; Raup, 2008). Il n'est donc pas, de prime abord, étonnant que le leadership authentique soit lié fortement et positivement au climat psychologique de travail, tel que le soutient l'hypothèse H1. En outre, l'hypothèse H2 soulignant la relation positive entre le leadership authentique et le bien-être psychologique est importante pour saisir l'impact du superviseur sur son subordonné. En effet, ils sont en contacts fréquents et, comme le précisent Ng et Sorensen (2008), le supérieur immédiat a un impact significatif sur le bien-être puisqu'il représente, de par ses comportements, le niveau de soutien auquel peuvent s'attendre les infirmiers et les infirmières de la part de leur organisation.

L'hypothèse H3 qui postule que le leadership tyrannique est directement et négativement lié au climat psychologique de travail a également été confirmée ($b = -.15, p < .001$). Ce lien négatif peut être dû à des comportements de la part du supérieur immédiat contrevenant directement aux comportements clés observés au sein du climat psychologique, en l'occurrence le soutien à l'autonomie, l'actualisation et la considération. L'hypothèse H4 qui postule que le leadership tyrannique est directement et positivement lié à la détresse psychologique a été vérifiée ($b = .11, p < .001$). De fait, de par ses comportements abusifs—par exemple par l'émission de punitions injustes - le leader tyrannique pourrait amener l'infirmier ou l'infirmière à ressentir de la détresse psychologique.

Figure 5

Liens directs significatifs de l'entière des analyses acheminatoires par modélisation d'équations structurelles



L'hypothèse H5 est confirmée puisque le climat psychologique de travail est positivement et directement lié au bien-être psychologique au travail ($b = .46$, $p < .001$). À l'inverse, l'hypothèse H6 postule que le climat psychologique de travail est négativement et directement lié à la détresse psychologique au travail ; cette hypothèse est également confirmée ($b = -.49$, $p < .001$). De la même façon, l'hypothèse H7 qui postule que le climat psychologique de travail est directement et négativement lié à l'intention de quitter est vérifiée ; le climat psychologique de travail est ainsi négativement lié à l'intention de quitter son unité H7a ($b = -.28$, $p < .001$), à l'intention de quitter son organisation H7b ($b = -.28$, $p < .001$) et à l'intention de quitter sa profession H7c ($b = -.24$, $p < .001$). Ces résultats démontrent que lorsqu'il est en valence positive, le climat psychologique de travail globalement – et par extension donc de par ses dimensions de soutien à l'autonomie et à l'actualisation ainsi que de considération – agit à la fois comme un protecteur significatif envers les caractéristiques délétères de l'environnement de travail pour ultimement diminuer les niveaux de mauvaise santé et d'intentions de quitter ainsi que comme catalyseur de bien-être psychologique.

En ce qui a trait à la santé psychologique, les résultats infirmant ou confirmant les hypothèses sont partagés. D'une part, l'hypothèse H8 selon laquelle la détresse psychologique au travail est positivement et directement liée à l'intention de quitter son unité H8a ($b = .30$, $p < .001$), à l'intention de quitter son organisation H8b ($b = .29$, $p < .001$) et à l'intention de quitter sa profession H8c ($b = .35$, $p < .001$) est confirmée. Lorsque les infirmiers et les infirmières ressentent de la détresse, ils sont plus enclins à désirer quitter globalement. Ce peut être dû à un certain désengagement ou encore de l'irritabilité ayant pu être générée par le

supérieur immédiat adoptant des pratiques tyranniques, par exemple. D'autre part, l'hypothèse H9 postulant que le bien-être psychologique est négativement et directement lié à l'intention de quitter son unité H9a, son organisation H9b et sa profession H9c est infirmée puisqu'aucun lien significatif n'a été trouvé. Il semblerait qu'en ce qui a trait à l'échantillon recueilli dans cette thèse, le bien-être psychologique n'ait pas d'effet protecteur envers les divers niveaux d'intention de quitter.

Enfin, des liens directs qui n'avaient pas été conceptualisés et qui contribuent significativement à la parcimonie du modèle statistique ont été observés : le leadership tyrannique a été trouvé comme directement et positivement lié à l'intention de quitter son unité ($b = .12, p < .001$) ainsi qu'à l'intention de quitter son organisation ($b = .12, p < .001$). Ces liens ont ainsi été conservés dans le modèle final.

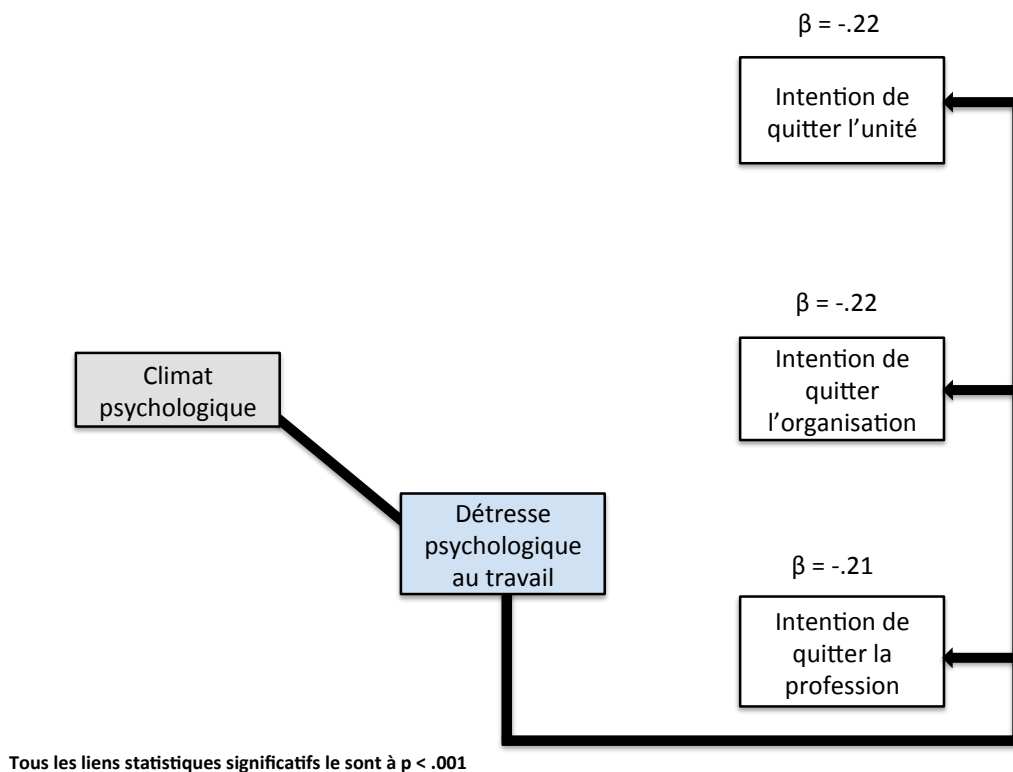
Liens indirects

Les analyses acheminatoires par modélisation d'équations structurelles ont aussi permis d'étudier les liens indirects – donc les liens de médiation – présents entre les variables mesurées dans cette thèse. Tout d'abord, tel que visuellement représenté à la Figure 6, l'hypothèse H10 postule que le climat psychologique de travail a un lien indirect avec l'intention de quitter où la détresse psychologique agit à titre de variable médiatrice. Cette hypothèse est confirmée comme en font foi les résultats suivants. Une médiation partielle est observée entre le climat psychologique de travail, la détresse psychologique au travail et l'intention de quitter son unité (H10a) ; le climat psychologique de travail a un lien indirect avec l'intention de quitter son unité ($b = -.22, p < .001$) s'exprimant en partie par la détresse psychologique au travail. Également, une médiation partielle est observée entre le climat psychologique de travail, la détresse psychologique au travail et l'intention de quitter son

organisation (H10b) ; le climat psychologique de travail a un lien indirect avec l'intention de quitter son organisation ($b = -.21, p < .001$) s'exprimant en partie par la détresse psychologique au travail. Enfin, une médiation partielle est observée entre le climat psychologique de travail, la détresse psychologique au travail et l'intention de quitter sa profession (H10c) ; le climat psychologique de travail a un lien indirect avec l'intention de quitter sa profession ($b = -.21, p < .001$) s'exprimant en partie par la détresse psychologique au travail.

Figure 6

Liens indirects significatifs du climat psychologique sur l'intention de quitter

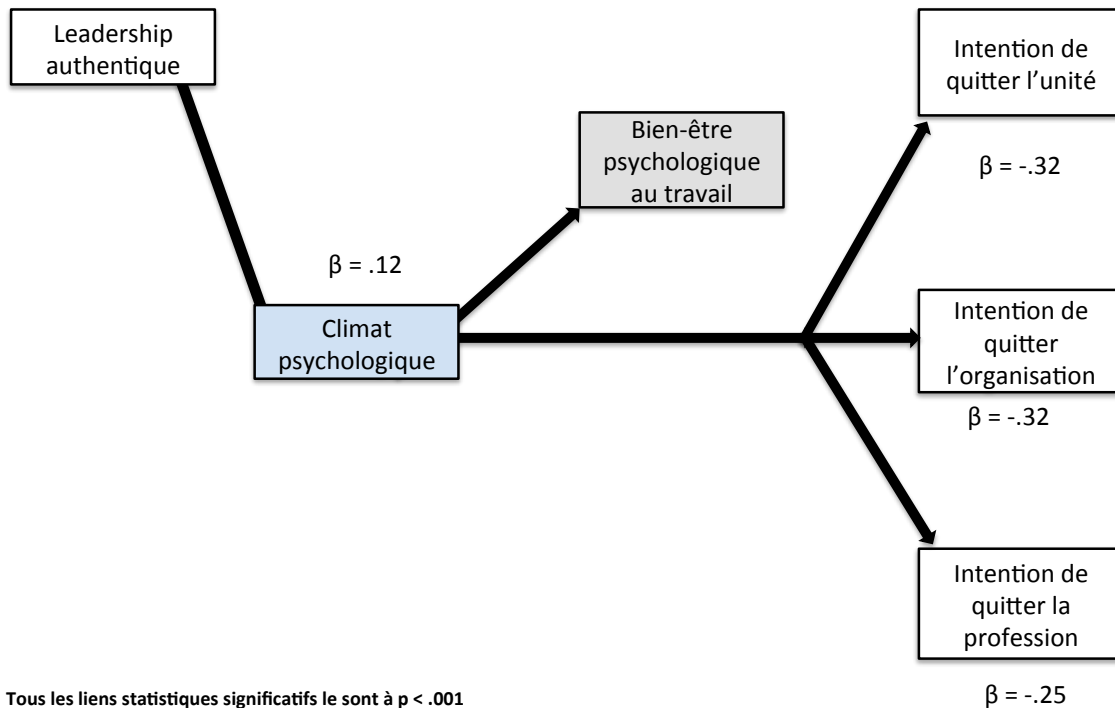


Ensuite, la Figure 7 représente l'hypothèse H11 qui postule que le climat psychologique de travail médie complètement la relation entre le leadership authentique et le bien-être

psychologique est en partie vérifiée ; en effet, une médiation partielle – et non complète tel que postulé – est observée entre le leadership authentique, le bien-être psychologique au travail et le climat psychologique de travail ; le leadership authentique a un lien indirect ($b = .12$, $p < .001$) s’exprimant à travers le climat psychologique de travail.

Figure 7

Liens indirects significatifs du leadership authentique sur le bien-être psychologique au travail et l'intention de quitter



Également présentée visuellement à la Figure 7, l’hypothèse H12 selon laquelle le climat psychologique de travail médie complètement la relation entre le leadership authentique et l’intention de quitter est vérifiée. En effet, une médiation complète est observée entre le leadership authentique, le climat psychologique de travail et l’intention de quitter son

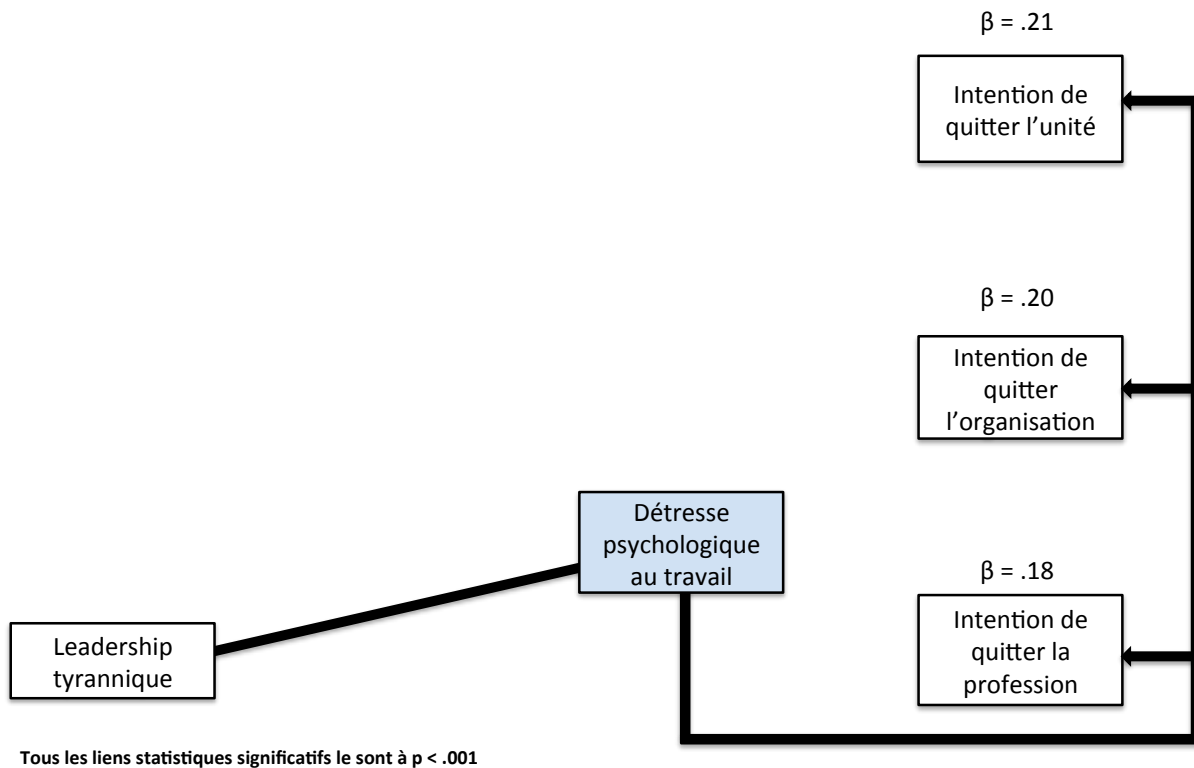
unité (H12a) ; le leadership authentique a un lien indirect avec l'intention de quitter son unité ($b = -.32, p < .001$) s'exprimant en totalité par le climat psychologique de travail. Une médiation complète est observée entre le leadership authentique, le climat psychologique de travail et l'intention de quitter son organisation (H12b) ; le leadership authentique a un lien indirect avec l'intention de quitter son unité ($b = -.32, p < .001$) s'exprimant en totalité par le climat psychologique de travail. Une médiation complète est observée entre le leadership authentique, le climat psychologique de travail et l'intention de quitter sa profession (H12c) ; le leadership authentique a un lien indirect avec l'intention de quitter sa profession ($b = -.25, p < .001$) s'exprimant en totalité par le climat psychologique de travail.

À la Figure 8, l'hypothèse H13 postule que la détresse psychologique médie complètement la relation entre le leadership tyrannique et l'intention de quitter. Or, elle est partiellement confirmée en ce sens qu'une médiation partielle – et non complète – est observée entre le leadership tyrannique, la détresse psychologique au travail et l'intention de quitter son unité (H13a) ; le leadership tyrannique a un lien indirect avec l'intention de quitter son unité ($b = .21, p < .001$) s'exprimant en partie par la détresse psychologique au travail. Une médiation partielle est observée entre le leadership tyrannique, la détresse psychologique au travail et l'intention de quitter son organisation (H13b) ; le leadership tyrannique a un lien indirect avec l'intention de quitter son organisation ($b = .20, p < .001$) s'exprimant en partie par la détresse psychologique au travail. Une médiation complète est observée entre le leadership tyrannique, la détresse psychologique au travail et l'intention de quitter sa profession (H13c) ; le leadership tyrannique a un lien indirect avec l'intention de quitter sa profession ($b = .18, p < .001$) s'exprimant en totalité par la détresse psychologique au travail.

Pour sa part, l'hypothèse H14 qui postule que le bien-être psychologique médie complètement la relation entre le leadership authentique et l'intention de quitter est infirmée ; aucun lien significatif n'a été trouvé à cet égard.

Figure 8

Liens indirects significatifs du leadership tyrannique sur l'intention de quitter



Effets totaux

Les effets totaux permettent d'apprécier l'apport singulier et différentiel des variables indépendantes sur une variable dépendante spécifique. Ils sont utiles pour ensuite contextualiser l'importance relative d'une variable face à une autre variable.

D'abord, lorsque tous deux sont positionnés en amont du bien-être psychologique au travail, le climat psychologique de travail et le leadership authentique prédisent tous deux le

niveau de bien-être psychologique : le climat psychologique de travail le prédit toutefois davantage ($B = .23, p < .001$) que le leadership authentique ($B = .18, p < .001$). Dans la même logique conceptuelle, mais en regard de la détresse psychologique au travail, le climat psychologique de travail a un effet davantage protecteur ($B = -.26, p < .001$) que le leadership authentique ($B = -.13, p < .001$).

En ce qui a trait à l'intention de quitter l'unité, le climat psychologique de travail a un effet davantage protecteur ($B = -.63, p < .001$) que le leadership authentique ($B = -.32, p < .001$). À l'inverse, la détresse psychologique a un effet davantage catalyseur ($B = .85, p < .001$) que le leadership tyrannique ($B = .48, p < .001$).

Concernant l'intention de quitter l'organisation, la logique explicitée précédemment demeure la même ; le climat psychologique de travail a un effet davantage protecteur ($B = -.63, p < .001$) que le leadership authentique ($B = -.32, p < .001$) alors qu'au contraire la détresse psychologique a un effet davantage catalyseur ($B = .82, p < .001$) que le leadership tyrannique ($B = .47, p < .001$).

Enfin, en ce qui a trait à l'intention de quitter la profession, le climat psychologique de travail a un effet protecteur considérablement moins élevé que lorsqu'en relation avec les deux autres types d'intention de quitter ($B = .50, p < .001$), mais tout de même supérieur à celui du leadership authentique ($B = .25, p < .001$). La détresse psychologique au travail a un effet plus catalyseur ($B = .81, p < .001$) que le leadership tyrannique ($B = .17, p < .001$).

Invariance selon l'âge, le sexe et le niveau de scolarité

L'invariance a été évaluée dans cette thèse en vue de s'assurer que les divers facteurs externes n'influaient pas indûment sur le modèle statistique. Lorsqu'un effet était constaté, il

a été pris en compte dans le modèle, c'est-à-dire que le modèle statistique final a été ajusté en fonction de l'invariance.

Tout d'abord, des analyses statistiques ont été menées pour connaître l'impact de l'âge sur le modèle d'équations structurelles. L'âge n'a pas d'impact sur la quasi-totalité des variables à l'étude, excepté la détresse psychologique ainsi que l'intention de quitter l'unité. Dans le premier cas, l'âge influence positivement la détresse psychologique au travail ($b = .05$, $p < .001$). Dans le deuxième cas, l'âge influence négativement l'intention de quitter l'unité ($b = -.09$, $p < .001$).

En ce qui a trait à l'invariance selon le sexe, seule la relation entre le climat psychologique de travail et l'intention de quitter la profession est affectée ($\chi^2 = 7.11$, $p < .005$). Le coefficient est donc variable selon qu'on soit une femme ($b = -.21$, $p < .001$) ou un homme ($b = -.45$, $p < .001$). En ce sens, dans l'optique où le climat est favorable, il a un effet significativement plus important sur les infirmiers que les infirmières quant à leur niveau d'intention de quitter la profession.

Quant à l'invariance selon la scolarité (universitaire versus collégiale), deux relations sont affectées par le niveau de scolarité des participants, en l'occurrence les relations entre le climat psychologique de travail et la détresse psychologique et entre le leadership authentique et le climat psychologique de travail. Dans le premier cas, les résultats sont $\chi^2 = 5.33$, $p < .05$ et dans le deuxième cas les résultats sont $\chi^2 = 4.17$, $p < .05$. La relation entre le climat psychologique de travail et la détresse psychologique est de ($b = -.55$, $p < .001$) pour les participants n'ayant pas de scolarité universitaire –donc un diplôme d'études collégiales– tandis que cette même relation est de ($b = -.44$, $p < .001$) pour les participants ayant un diplôme d'études universitaires. Quant à la relation entre le leadership authentique et le climat

psychologique de travail, les coefficients sont : ($b = .54$, $p < .001$) pour les participants n'ayant pas de scolarité universitaire –donc un diplôme d'études collégiales- et ($b = .41$, $p < .001$) pour les participants ayant un diplôme d'études universitaires.

Discussion

La présente thèse visait à répondre à une grande question, en l'occurrence quels sont les inducteurs de l'intention de quitter chez les populations infirmières québécoises et quels sont les liens entre ceux-ci. De cette question de recherche ratissant large, mais étant on ne peut plus pertinente dans le contexte médical au Québec, plusieurs hypothèses ont été proposées quant aux possibles influences et ramifications d'aspects individuels, organisationnels et externes. Plus spécifiquement, l'objectif était d'étudier les liens qu'entretiennent le style de leadership – sous deux formes, soit authentique et tyrannique – le climat psychologique de travail et le niveau de santé psychologique – en regard du bien-être psychologique et de la détresse psychologique – avec l'intention de quitter l'unité, l'intention de quitter l'organisation et l'intention de quitter la profession des infirmiers et des infirmières québécois. À partir de ces variables, un modèle conceptuel adapté à la réalité du milieu infirmier a été formulé : ce modèle tient également compte dans ses liens postulés de l'effet séquentiel de certaines variables sur d'autres, en ce sens où le style de leadership adopté par le supérieur immédiat influence le climat psychologique de travail, lequel influence la santé psychologique et laquelle impacte au final les divers niveaux d'intention de quitter. Enfin, il a été jugé pertinent d'inclure des variables sociodémographiques au sein du modèle dans l'optique de connaître, le cas échéant, leur influence sur le modèle.

Influence des facteurs organisationnels sur l'intention de quitter

Style de leadership. Le style de leadership adopté par le supérieur immédiat est un élément incontournable pour comprendre, et ultimement agir sur le niveau d'intention de quitter. De fait, les relations entre employé et superviseur influencent la santé psychologique au travail, le climat psychologique de travail de même que l'intention de quitter. Les résultats

de cette thèse montrent que les relations avec le superviseur immédiat peuvent être bénéfiques pour le développement personnel et professionnel d'un employé de même que pour sa rétention au sein de l'organisation, tant elles peuvent, lorsque le superviseur adopte un style de leadership abusif, être toxiques et générer de la détresse psychologique, de l'insatisfaction au travail et de l'intention de quitter.

Entre autres éléments, le superviseur adoptant un style authentique encourage généralement le partage ouvert d'information entre lui-même et ses subordonnés, information étant entre autres utile à la prise de décisions (Avolio, Walumbwa et Weber, 2009). Concrètement, en regard des infirmiers et des infirmières, ce genre de comportements favorise et renforce un soutien à l'autonomie. De la même façon, le leader authentique stimule et appuie l'actualisation de ses subordonnés puisqu'il se sent personnellement investi et responsable de leur croissance (Bass et Steidlmeier, 1999) ; il s'assure de leur donner les ressources nécessaires à la hauteur de leur potentiel. Il contribue également au sentiment qu'ont les infirmiers et les infirmières d'être considérés, et non pas d'être seulement des employés parmi tant d'autres, en favorisant leur participation aux processus de décision et en encourageant une communication franche bidirectionnelle (Stordeur, D'hoore et Vandenberghe, 2001). Dans la même veine, Hwang et Chang (2009) de même que Sellgren et al. (2007) et Stone et al. (2006) ont trouvé que le style de leadership influençait le climat psychologique de travail, tantôt positivement tantôt négativement en fonction du spectre de comportements privilégiés par le gestionnaire.

À l'instar des résultats de Caza et al. (2010), les résultats issus de cette thèse soulignent que le superviseur adoptant un style de leadership authentique supporte non seulement l'implantation d'un climat psychologique de travail sain, mais qu'il influence positivement

également le sentiment de bien-être ressenti (Dhiman, 2011; Gardner et al., 2005). Ceci peut être dû aux contacts fréquents entre le supérieur et son subordonné, tel que l'ont avancé Ng et Sorensen (2008). Il va de soi que la fréquence à elle seule ne saurait expliquer ni catalyser le bien-être psychologique des employés ; il faut que ces interactions soient perçues comme ayant une valence foncièrement positive pour les infirmières de même qu'elles sont dirigées vers des cibles spécifiques. Ng et Sorensen (2008) avancent en outre que le supérieur a un impact significatif sur le bien-être puisqu'il représente en quelque sorte le niveau de soutien auquel peuvent s'attendre les infirmières de la part de leur organisation. En se positionnant comme l'interface entre la main-d'œuvre infirmière et les paliers hiérarchiques davantage éloignés de la réalité du terrain, le supérieur immédiat a une influence certaine sur ses effectifs, voire une relation pouvant être privilégiée avec ces derniers. Lorsque cette influence est utilisée à bon escient, en favorisant une communication franche et bidirectionnelle entre la main-d'œuvre et lui-même, le supérieur immédiat véhicule la perception d'une organisation à l'écoute et concernée par ses employés. De façon globale, le leader authentique ferait preuve d'ouverture et maximiserait intelligemment l'adéquation entre les besoins personnels de l'employé et les besoins organisationnels. En d'autres termes, le supérieur immédiat authentique qui sollicite des points de vue qui bousculent ses convictions les plus fortes, qui analyse les données pertinentes avant de prendre une décision et qui écoute attentivement les différents points de vue avant de prendre une décision stimule l'harmonie avec l'entourage – l'employé se sent apprécié et considéré au travail.

En regard de ces éléments théoriques qui ancrent la pertinence du leader authentique et sa correspondance avec le bien-être psychologique documentée théoriquement et ici vérifiée empiriquement, il aurait été convenable de s'attendre, tel que postulé dans l'hypothèse H13, à

ce que le leadership authentique s'exprime à travers le bien-être psychologique au travail et qu'il ait ainsi un effet protecteur envers l'intention de quitter. Or, de façon plutôt inattendue, le leadership authentique ne semble s'exprimer qu'uniquement à travers le climat psychologique de travail pour générer un effet protecteur contre l'intention de quitter. De fait, il est probable qu'au sein du milieu de la santé au Québec, que l'expérience d'un style de leadership dit « positif » se subordonne à l'expérience d'un style de leadership dit « négatif », en l'occurrence le leadership tyrannique.

En fonction des observations de cette thèse, le leadership authentique pourrait ne pas avoir le même poids d'influence que son vis-à-vis tyrannique sur l'intention de quitter des infirmières. À cet égard, Avolio, Walumbwa et Weber (2009) ainsi que Peus et al. (2012) ont rapporté qu'un certain nombre de leaders ne s'engage pas réellement dans des interactions significatives avec leurs employés et donc ne peuvent être qualifiés de transparents, d'authentiques et de stimulants au plan intellectuel. Ils se situent à l'opposé des leaders qualifiés d'authentiques : ce sont les leaders tyranniques. En fait, tel qu'avancé par Tepper (2000) et ses collègues Thau et al. (2009) l'apparente neutralité d'un superviseur immédiat peut être perçue comme de la supervision abusive par certains employés. Selon les résultats obtenus dans cette thèse, leurs effets sur l'intention de quitter, sur le climat psychologique de travail et sur la santé psychologique sont significatifs et puissants.

D'emblée, il convient de souligner que des liens forts et directs, qui n'avaient pas été postulés au départ, ont été observés entre le leadership tyrannique et l'intention de quitter son unité et son organisation. En soi, les comportements abusifs du leader tyrannique sont suffisants pour générer de l'intention de quitter son unité et son organisation, mais pas la profession. Ceci tombe sous le sens puisqu'il y a une proximité de gestion et d'interaction

avec le leader tyrannique que l'infirmière peut éviter en quittant soit l'unité ou l'organisation. Quitter la profession sur la base d'un supérieur tyrannique semble excessif, malgré la gravité des comportements abusifs de ce dernier. Il est probable que ce soit fait en dernier recours, mais au préalable l'infirmier ou l'infirmière aura tenté d'agir sur son environnement.

Par ailleurs, outre ses impacts directs sur l'influence de quitter l'unité et l'organisation, le leadership tyrannique agit de façon indirecte sur les niveaux d'intention de quitter à travers une double médiation impliquant le climat psychologique de travail et la santé psychologique. D'abord, il appert qu'un superviseur adoptant un style tyrannique aura un impact défavorable sur le climat psychologique de travail. Ainsi, il n'est clairement pas suffisant « d'occuper » son poste superviseur : cela est bien visible avec les effets bénéfiques d'un style de leadership authentique sur le climat psychologique de travail. Il faut que le superviseur, à l'instar d'un leader authentique, stimule l'autonomie de ses subordonnés et leur donne des opportunités de développement personnel et professionnel. Or, il n'en est rien dans le cas d'un leader adoptant le style tyrannique, au contraire. En effet, le superviseur tyrannique peut faire montre d'un contrôle excessif auprès de ses employés (Ashforth, 1994; Cacciatore et al., 2010) ce qui ampute considérablement l'autonomie des infirmières. Les infirmières peuvent en outre percevoir que leur supérieur immédiat a tendance à critiquer de façon non conséquente un résultat sur lequel elles n'ont aucune emprise. De la même façon, il peut se montrer indifférent ou même distribuer des punitions non contingentes aux actions (Ashforth, 1994; Cacciatore et al., 2010) ce qui peut nuire à l'actualisation des employés de même qu'au sentiment d'être considéré à sa juste valeur par son supérieur, tout autant d'éléments pouvant être qualifiés d'abus et influant sur l'intention de quitter.

Ensuite, en plus d'affecter négativement le climat psychologique de travail, ce type de leadership délétère peut influencer le niveau de santé psychologique des effectifs infirmiers qui, en retour, affecte le niveau d'intention de quitter. Tepper et al. (2009) postulent que, au sein d'une relation de supervision abusive, l'intention de quitter vécue par certains employés serait en partie la résultante d'une asymétrie de pouvoir au sein de la relation entre superviseur et subordonné. Cette asymétrie de pouvoir pourrait s'exprimer par une communication déficiente et un manque de transparence relationnelle. Ainsi, l'asymétrie touche directement à ce qui fait mal en milieu infirmier tel que relevé dans la documentation scientifique : la considération. Cette absence de relation authentique empreinte de considération – caractéristique du leadership tyrannique – catalyserait donc la détresse psychologique. Il y a ici un lien à faire avec les dimensions conceptuelles de la détresse psychologique, c'est-à-dire le désengagement envers le travail, l'irritabilité et l'agressivité envers autrui et l'anxiété et la dépression par rapport à soi. Au sein d'un environnement de travail où il est probable d'être victime de punitions injustes ou encore de ressentir que son supérieur immédiat est indifférent à soi, il se peut que l'infirmier ou l'infirmière en vienne à être désengagé envers son travail. Pis encore, si cette situation perdure, dans la conjoncture actuelle où la mobilité des effectifs infirmiers est impossible sans engendrer une perte considérable pour l'individu – ancienneté notamment – il se pourrait que l'employé ressente de l'irritabilité et de l'agressivité, bref de la détresse psychologique. Ultimement, il se pourrait que l'employé, reconnaissant le peu de pouvoir formel qu'il possède dans la relation avec son supérieur immédiat, en vienne peu à peu à ressentir l'intention de quitter.

Climat psychologique de travail. À l'instar de Hwang et Chang (2009) ainsi que Sellgren et al. (2007) et Stone et al. (2006), le climat psychologique de travail a été identifié

au sein de cette thèse comme une variable d'importance pour prédire le niveau d'intention de quitter. Il a été observé que son apport est double : non seulement agit-il directement comme protecteur de l'intention de quitter à plusieurs niveaux, mais également il est utilisé par le leadership authentique comme vecteur de protection de l'intention de quitter. Or, le fait que le climat psychologique de travail soit au centre du modèle conceptuel explicatif de l'intention de quitter des infirmières n'est certainement pas un hasard. Strictement au niveau conceptuel, il reçoit des intrants – dans le cas présent des comportements qui émergent des deux styles de supervision – et en il en résulte des extrants – en l'occurrence un effet protecteur sur l'intention de quitter. Plus spécifiquement, il transforme et soutient l'influence du style de leadership envers la santé psychologique au travail ainsi que l'intention de quitter : tant au niveau statistique qu'au niveau conceptuel il occupe une place prépondérante et significative dans la compréhension de l'intention de quitter. Ce n'est certainement pas un hasard à nouveau, puisqu'en étudiant l'intention de quitter à l'aide du cadre de référence des facteurs organisationnels, individuels et externes, le climat psychologique de travail est essentiel pour comprendre le cheminement cognitif d'un infirmier menant ultimement à son départ effectif.

Conceptuellement, une éloquente concordance peut être établie entre le climat psychologique de travail, sa prépondérance au sein du modèle actuel et la conceptualisation qu'ont fait Chiu, Lin, Tsai et Hsiao (2005) ainsi que Takase (2010) de l'intention de quitter. En effet, ces auteurs avancent qu'une part importante du cheminement vers l'intention de quitter s'articule autour de la dimension psychologique, c'est-à-dire l'évaluation par l'individu des dispositions organisationnelles, de son environnement externe immédiat, bref de ce qu'il perçoit de façon proximale par rapport à lui-même. Métaphoriquement, la dimension psychologique fait office de bougie d'allumage de l'intention de quitter. Elle

constitue la source à partir de laquelle se développe puis progresse la cognition de quitter. Sans surprises, lorsque l'évaluation que fait l'individu de son climat psychologique de travail est négative, cette dernière influence négativement son intention de rester en poste, voire catalyse son intention de quitter.

Dans la même optique, lorsque la dimension psychologique de l'intention de quitter à laquelle réfèrent Chiu, Lin, Tsai et Hsiao (2005) et Takase (2010) est absente, ou au moins, que l'évaluation psychologique que l'individu fait est positive, le climat psychologique de travail peut jouer un rôle protecteur envers l'intention de quitter. C'est qu'à ce moment, tant les dimensions psychologique, comportementale et cognitive de l'intention de quitter sont influencées négativement par le climat psychologique de travail, en ce sens qu'il a un effet protecteur et atténuant sur ces dernières. Concrètement, le climat psychologique de travail, lorsqu'il est sain, promeut les possibilités de développement professionnel tout en permettant à l'infirmière de s'actualiser à travers son emploi et favorise ainsi une évaluation psychologique positive – cette dimension n'ayant donc pas d'impact négatif, au contraire.

Ensuite, au sein d'un climat psychologique de travail sain, la dimension cognitive n'a pas l'occasion de s'exprimer si, à la base, l'étincelle nécessaire à l'expression de l'intention de quitter n'est pas présente, c'est-à-dire si l'évaluation psychologique n'est pas négative et/ou ne se fait tout simplement pas. Ainsi, en étant à valence positive, le climat psychologique de travail se positionne comme un puissant protecteur de l'intention de quitter en neutralisant l'étincelle que peut constituer la dimension psychologique. En d'autres termes, plus le climat est sain, moins une évaluation négative risque d'en être faite par les infirmiers et les infirmières ce qui en retour évite toute une cascade de cognitions négatives, de comportements menant lentement au départ effectif.

Par ailleurs, en s'attardant concrètement aux trois dimensions conceptuelles du climat psychologique, il nous est possible de comprendre plus en détail l'apport de cette variable au sein du modèle ici proposé. En ce qui a trait à la considération, composante du climat de travail, telle que mesurée dans la présente thèse, Parry (2008) et Tucker et Heward (2014) avancent que le respect perçu par les employés de la part du supérieur / de l'organisation – reconnaissance de la charge de travail et des stresseurs présents en milieu organisationnel – diminue l'intention de quitter. En prenant en compte la nature de leur profession de même que certaines caractéristiques inhérentes à leur emploi tel que la charge de travail significative ou encore la faible marge de manœuvre pour commettre des erreurs qu'ont les effectifs infirmiers, il apparaît légitime qu'ils s'attendent à un respect et à une compréhension émanant de leur organisation et de leur supérieur immédiat. D'autant plus que règle générale, le supérieur immédiat des infirmières est une infirmière en chef, qui a possiblement occupé le poste d'infirmière auparavant et serait donc au fait des aspects plus stressants et taxant du rôle en question. Ainsi, lorsque leur supérieur – le représentant proximal de l'organisation – reconnaît et reflète les difficultés encourues, les infirmiers et les infirmières désirent moins quitter leur emploi. Également, l'actualisation professionnelle permise par le climat psychologique de travail a été mesurée ; dans la documentation scientifique, l'on réfèrera aux possibilités de développement professionnel offertes à l'employé comme étant protectrices de l'intention de quitter (Parry, 2008; Tucker et Heward, 2014). En milieu infirmier, ces possibilités d'actualisation peuvent prendre la forme d'opportunités de perfectionnement ou de formations offertes aux infirmiers et aux infirmières. Elles contribuent en ce sens à vitaliser le climat psychologique de travail ainsi que le sentiment d'être considéré par son organisation. En retour, ces éléments diminuent l'intention de quitter chez les infirmières.

Enfin, l'autonomie a été évaluée dans cette thèse comme composante du climat psychologique de travail, sous l'angle de la latitude fournie aux effectifs infirmiers dans la réalisation quotidienne de leurs tâches. Dans la documentation scientifique, à notre connaissance, aucun lien n'a été trouvé entre l'autonomie soutenue par le climat de travail et l'intention de quitter chez les effectifs infirmiers, tant en regard d'un potentiel effet catalyseur ou protecteur envers l'intention de quitter. Cela dit, au sein de la présente thèse, cette dimension a un effet protecteur envers l'intention de quitter. Notons que l'effet protecteur global du climat psychologique de travail retrouvé dans cette thèse est à la fois puissant statistiquement et aussi en concordance avec ce que la documentation scientifique nous propose. Les résultats obtenus à cet égard bonifient la compréhension et confirment son effet positif en milieu infirmier.

Il est par ailleurs intéressant de prendre acte du rôle de médiateur du climat psychologique de travail dans le modèle conceptuel explicatif de l'intention de quitter des infirmières proposé dans cette thèse. De fait, le climat est au centre du modèle et fait office de point focal par lequel semble transiter les effets protecteurs du leadership authentique. D'une part, le climat psychologique de travail se positionne en tant que médiateur partiel dans la relation qui unit le leadership authentique et le bien-être psychologique. Ceci peut être expliqué par le fait que le leader authentique a très certainement un impact sur son milieu de travail (Mueller et Lawler, 1999; Nifadkar, Tsui et Ashforth, 2012). En retour, l'environnement de travail immédiat des infirmières a un impact sur leur niveau de bien-être psychologique. Cela ne veut donc pas dire que le style de leadership ne s'exprime que par le climat psychologique de travail : le leader authentique a aussi un apport direct sur ses effectifs qui est indépendant du climat. À cet égard, il peut qu'il exerce, dans ses rapports

personnalisés avec les travailleurs, une influence sur leur niveau de santé psychologique de façon à le distinguer des politiques organisationnelles ou de son rôle de représentant de l'organisation. Dans un certain sens, cet état de fait est rassurant particulièrement en sachant que le superviseur a un impact tantôt favorable, tantôt défavorable selon qu'il émette des comportements à valence authentique ou tyrannique. Concrètement, l'infirmier ou l'infirmière en chef est ainsi en mesure d'agir sur le climat délétère d'un hôpital ou d'une unité en émettant des comportements authentiques et vice versa dans le cas d'un style tyrannique. Dans cette optique, il peut être intéressant de s'appuyer sur Parry (2008) qui propose une modélisation d'environnement de travail sain : ce modèle démontre, entre autres choses, que les facteurs organisationnels incluant un climat empreint de support, de respect et d'équité, influencent positivement la santé psychologique. En support à la modélisation de Parry (2008), ce qui est trouvé au sein de cette thèse est qu'en s'appuyant sur des comportements authentiques – par exemple stimulation intellectuelle et partage équitable de l'information – le leader favorise indirectement les dimensions de considération, de soutien à l'autonomie et d'actualisation.

D'autre part, le climat psychologique de travail fait office de médiateur complet dans la relation unissant le leadership authentique et l'intention de quitter. Il semble donc que le climat psychologique de travail soutienne les bienfaits du superviseur authentique pour amoindrir l'intention de quitter. Une piste d'explication probable est l'aspect proximal jumelé à la fréquence d'exposition qu'entretiennent les infirmiers et les infirmières avec leur supérieur immédiat versus leur organisation. En complément au rôle de médiateur partiel observé entre le leadership authentique et le bien-être psychologique, la position de médiateur complet du climat psychologique suggère ici que le leader authentique agit généralement et

globalement sur le climat psychologique de travail plutôt que spécifiquement sur les attitudes et les cognitions des individus. Cela peut signifier que les infirmières, dans l'éventualité où elles ressentent de l'intention de quitter, pourraient s'attendre à une intervention de leur organisation en priorité et non pas nécessairement à une intervention de leur supérieur immédiat en soi. Lorsqu'il est question de bien-être psychologique, la même logique pourrait s'appliquer, mais dans une moindre mesure étant donné la médiation partielle et les effets totaux moins clivés: une intervention personnalisée du supérieur immédiat pourrait en ce sens bien compléter une intervention organisationnelle. De deux choses l'une : d'abord, cet état de fait positionne le climat psychologique ayant cours au sein d'une unité ou d'une organisation comme un levier organisationnel sur lequel le supérieur immédiat a une probable emprise. Ensuite, si un infirmier ou une infirmière pense quitter son unité, son organisation ou la profession, il peut s'attendre à une certaine ouverture quant à ses réactions, à ses commentaires ou à ses cognitions de la part de son organisation et si cette réceptivité est ressentie, il est probable que l'intention de quitter soit diminuée.

Par ailleurs, au sein du modèle de Parry (2008), lorsque la valence du climat psychologique est négative, les demandes de certaines caractéristiques organisationnelles agissent comme des facteurs de stress occupationnels et affectent ultimement la santé psychologique à la baisse. Ceci concorde avec les résultats de la présente thèse en ce sens que le climat psychologique de travail s'exprime en partie à travers la détresse psychologique pour expliquer l'intention de quitter. En ce sens, une partie de son influence protectrice envers l'intention de quitter est expliquée par une diminution du niveau de détresse psychologique ; l'on peut présumer que ce sont les éléments plus faiblement présents au sein du climat

psychologique de travail qui se répercutent dans l'expérience individuelle de la détresse psychologique chez les infirmières.

Influence des facteurs individuels sur l'intention de quitter

Santé psychologique au travail. D'emblée le niveau de santé psychologique affecte l'intention de quitter comme le trouvent Flinkman et al. (2008) ainsi que Meeusen et al. (2011). En amont, la mauvaise santé psychologique peut être accentuée par un mauvais climat psychologique de travail (Leiter et Maslach, 2009; Meeusen et al., 2011; Mrayyan, 2008), des demandes au travail élevées, un manque de soutien de la part des collègues et du supérieur immédiat, un manque d'autonomie et de respect du supérieur immédiat (Brun, Biron, Martel et Ivers, 2003). Les infirmières vivant de la détresse psychologique sont en retour plus enclines à désirer quitter leur organisation (Rudman et al., 2014; Tei-Tominaga et Miki, 2010). Ces éléments sont tout à fait cohérents avec les résultats obtenus au sein de la présente thèse en regard de la détresse psychologique. D'une part, la détresse psychologique au travail présente des liens directs et significatifs qui ont été observés avec l'intention de quitter. En effet, lorsque les infirmiers et les infirmières ressentent de la détresse, ils sont plus enclins à désirer quitter globalement. Cela est cohérent avec le fait que l'intention de quitter est la résultante d'un plus ou moins long cheminement cognitif menant à la perspective où quitter son unité, son organisation ou sa profession ressemble de plus en plus à la seule alternative viable pour l'employé. Lorsque ledit employé est désengagé de son travail, il appert naturel pour lui d'entretenir la cognition que quitter est une solution viable, peu importe les investissements réalisés dans sa profession.

En outre, la détresse psychologique a un effet encore plus marqué envers l'intention de quitter la profession lorsque comparée aux deux autres niveaux d'intention de quitter. Cette

résultante est à la fois inquiétante et problématique, mais aussi tout à fait en lien avec le désengagement émotionnel vécu par l’infirmier ou l’infirmière. De fait, la détresse psychologique ressentie pourrait pousser les effectifs infirmiers dans leurs derniers retranchements. Ajouté à cela, percevoir un climat psychologique de travail délétère ainsi qu’être exposé à des comportements tyranniques du supérieur immédiat pourraient culminer en un cocktail explosif menant à davantage de détresse et par conséquent à davantage d’intention de quitter. La force du lien statistique entre la détresse psychologique et l’intention de quitter la profession est considérable et devrait assurément susciter des questions auprès des instances en position d’autorité, et ce, particulièrement en considérant la situation actuelle dans les milieux de soins au Canada – difficultés d’attractions et de rétention des effectifs infirmiers. Désirer quitter la profession au sein de laquelle l’on a investi des années d’études et ensuite vraisemblablement des années concrètes directement sur le marché du travail constitue un signal d’alarme fort tant pour l’individu en question que pour son organisation. En sachant que les coûts du départ d’un infirmier ou d’une infirmière sont prohibitifs individuellement, socialement et financièrement – O'Brien-Pallas et al. (2006) avancent tout près de 22 000\$ – il est important que les bonnes conditions de travail soient mises en place pour juguler la détresse psychologique au travail chez les effectifs infirmiers.

Quant au bien-être psychologique au travail et à son effet sur l’intention de quitter, il avait été postulé qu’il avait une relation négative et directe avec ce dernier. Ceci était en lien avec les informations revues dans la documentation scientifique soutenant que l’intention de quitter est négativement affectée par le bien-être psychologique (Aiken et al., 2001; Emberland et Rundmo, 2010) ; il y avait donc lieu de postuler un effet protecteur d’une bonne

santé psychologique. Or, les résultats obtenus par la présente thèse sont en contradiction avec ceux obtenus par ces chercheurs.

À l'instar de l'importance relative observée du leadership authentique et du leadership tyrannique, le bien-être psychologique a moins de poids relatif lorsque comparé à la détresse psychologique dans l'explication de l'intention de quitter. Ainsi, ce ne serait pas tellement le fait de se sentir en état de bien-être psychologique que de ne pas ressentir de détresse psychologique qui serait bénéfique dans l'optique de se prémunir de l'intention de quitter. Les résultats clivés à l'effet que la détresse psychologique a un effet catalyseur important et imposant sur les trois niveaux de quitter – il est de quatre fois supérieur à l'effet du leadership tyrannique – et que le bien-être psychologique au travail n'a pas d'effet direct sur l'intention de quitter commandent une réflexion. Comment se fait-il que la détresse psychologique soit à ce point plus importante dans la prédiction de l'intention de quitter, tous niveaux confondus? Il semble à tout le moins qu'elle occupe une plus grande part d'influence en ce qui a trait à la santé psychologique individuelle. Pour les infirmiers et infirmières, il ne s'agirait donc pas tant du bien-être psychologique et du leadership authentique que du leadership tyrannique, du climat psychologique de travail et de la détresse psychologique qui seraient cruciaux pour comprendre l'intention de quitter. Plus précisément, lorsque l'on prend en compte, d'une part, le fait que le leadership authentique a des effets protecteurs indirects et modérés sur l'intention de quitter, mais que le leadership tyrannique a des effets directs, plus puissants que sa contrepartie authentique et catalyseurs, et, d'autre part, que la détresse psychologique a un effet catalyseur sur l'intention de quitter alors que le bien-être psychologique n'a pas d'effet protecteur direct sur la variable dépendante, l'on peut s'interroger sur l'influence des aspects

positifs et individuels en milieu infirmier. Cette observation cruciale à la compréhension et à la prédiction de l'intention de quitter sera discutée plus en profondeur ultérieurement.

Influence des facteurs externes sur l'intention de quitter

Âge, sexe et niveau de scolarité. La documentation scientifique rapporte plusieurs informations contradictoires quant au potentiel effet sur l'intention de quitter de variables essentiellement démographiques. En l'occurrence, les plus saillantes dans la documentation scientifique ont été ciblées : l'âge, le sexe et le niveau de scolarité. La présente thèse s'est donc en partie attardée à éliminer une partie du flou persistant à cet égard.

Tout d'abord, quant à l'âge, Delobelle et al., (2011) ainsi que Tourangeau et Cranley (2006) et Tschannen et al. (2010) ont souligné, à l'instar de Duffield et al. (2009), que les infirmières plus jeunes étaient plus à risque de ressentir de l'intention de quitter. Heinen et al. (2013) ont cependant trouvé que ce sont les infirmiers et les infirmières plus vieux qui seraient davantage susceptibles de quitter la profession. La présente thèse a trouvé que l'âge est en relation avec deux variables, soit la détresse psychologique et l'intention de quitter son unité. La relation positive observée entre l'âge et la détresse psychologique ressentie laisse entrevoir que le milieu de travail des infirmiers et des infirmières est, à la longue, « usant » pour leur santé psychologique. De façon métaphorique, c'est tout comme si leur emploi constituait, au fil du temps, une pression de plus en plus accrue sur leur état de santé et qu'au final cette pression s'exprimait à travers une détresse psychologique au travail de plus en plus élevée. Également, au-delà de l'environnement de travail en soi, il est possible que les tâches effectuées ne deviennent jamais réellement routinières en ce sens que les infirmières ne s'habitueraient jamais à l'aridité de certaines tâches – soigner des patients mourants ou

particulièrement souffrants— et ce poids serait de plus en plus imposant et significatif en fin de carrière.

D'un autre côté, la relation négative de l'âge avec l'intention de quitter son unité suppose que les coûts de quitter son unité sont d'autant plus grands au fur et à mesure que l'infirmière vieillit. Cela est dû au fait que les infirmiers et les infirmières plus âgées, et donc généralement plus expérimentés et ayant davantage d'ancienneté, ont accès à des postes au sein d'unités davantage convoitées. Le fait de quitter leur unité ou leur organisation est donc peu enviable puisque d'une part l'infirmier ou l'infirmière perd un poste convoité. De la même façon, il est fort probable que les infirmiers et infirmières plus jeunes se soient déjà réorientés au sein d'une autre unité et qu'en ce sens, leur intention de quitter l'unité soit plus faible. D'autre part, le fonctionnement des milieux infirmiers est régi par des conventions collectives au sein du système de santé québécois : un infirmier ou une infirmière quittant son organisation perd son ancienneté et doit ainsi recommencer au bas de l'échelle dans une autre organisation. Plus l'infirmier ou l'infirmière vieillit, donc, plus il est coûteux, tant sur les plans social que professionnel, d'être tenté de quitter soit son unité, soit son organisation.

Le sexe est également l'un des facteurs externes ayant été étudiés dans la présente thèse. La documentation scientifique souligne à cet égard qu'il y a des effets du genre sur l'intention de quitter en milieu infirmier. Tout d'abord, Lavoie-Tremblay et al. (2011) et Stewart et al. (2011) ont trouvé, tout comme Borkowski et al. (2007) ainsi que Heinen et al. (2013) que les infirmiers étaient plus enclins à quitter la profession que les infirmières. Dans la présente thèse, il semblerait que l'intensité de l'intention de quitter la profession serait plus élevée en fonction du climat psychologique perçu par les infirmiers. Ainsi, le climat psychologique de travail a un effet protecteur d'autant augmenté envers la détresse psychologique et l'intention

de quitter la profession lorsqu'il s'agit d'un infirmier comparativement à une infirmière. Puisque l'on connaît l'effet catalyseur de la détresse psychologique ressentie sur les divers niveaux d'intention de quitter ainsi que l'effet protecteur du climat psychologique sur celle-ci, l'on peut postuler que la séquence suivante est centrale pour approfondir notre compréhension de l'intention de quitter la profession chez les infirmiers versus celle des infirmières : la valence du climat psychologique de travail est particulièrement importante pour prévenir l'apparition de symptômes psychologiques liés à la détresse au travail, lesquels, lorsqu'ils sont amoindris par un climat sain, prédisposent moins à ressentir l'intention de quitter la profession ce qui au final diminue la quantité de départs effectifs. Dans l'éventualité où le climat psychologique de travail serait neutre ou à valence négative, il est possible que la détresse psychologique en soit d'autant augmentée et mène à davantage d'intention de quitter ; or, cette séquence semble davantage marquée lorsque l'on est un infirmier.

En lien avec les résultats obtenus à la suite d'analyses statistiques, une piste d'explication à cette différence est que les hommes sont clairement moins représentés dans le milieu infirmier – au Québec de même que dans l'échantillon actuel, ils sont présents dans une proportion de 1 homme pour 9 femmes. Ainsi, ils pourraient être plus sensibles ou pourraient accorder davantage d'attention à leur environnement de travail immédiat, leur supérieur immédiat de même qu'à la façon dont ils sont traités par leur organisation que leurs vis-à-vis du sexe féminin. Lorsqu'ils ressentiraient de la détresse psychologique, ils pourraient se sentir plus isolés de par leur position minoritaire dans leur milieu de travail et bénéficier davantage des ressources et du soutien organisationnel. Les infirmières seraient au contraire plus en mesure de résoudre leur sentiment de détresse psychologique en faisant appel à leurs collègues plutôt qu'à l'organisation. Ainsi, non seulement les résultats de cette

recherche sont en convergence avec ceux de la documentation scientifique en ce qui a trait au genre masculin/féminin au sein de la profession infirmière, mais ils contribuent à positionner une piste explicative antérieure et supplémentaire à l'intention de quitter la profession significativement plus élevée chez les hommes.

Enfin, en ce qui a trait au niveau de scolarité, Baernholdt et Mark (2009) ainsi que Borkowski et al. (2007) avaient obtenu des résultats soutenant que l'ensemble des infirmiers et des infirmières ayant une scolarité en deçà d'une maîtrise étaient plus à risque d'éprouver le désir de quitter la profession. D'autre part, Shields et Ward (2001) ainsi que Stewart et al. (2011) avançaient que généralement plus la scolarité d'une infirmière est élevée, plus elle risquait d'éprouver le désir de quitter son emploi. Dans la présente thèse, aucun lien significatif n'a été trouvé entre le niveau de scolarité et l'intention de quitter. Les seules relations entre les variables à l'étude ayant été affectées par le niveau de scolarité sont celles entre le climat psychologique de travail et la détresse psychologique ainsi que le leadership authentique et le climat psychologique de travail. Tout d'abord, il semble que les infirmières n'ayant pas de scolarité universitaire sont plus sensibles aux bénéfices d'un leader authentique contrairement à celles ayant une scolarité universitaire. Une piste d'explication émanant des analyses statistiques suggère que les infirmières ayant un diplôme d'études collégiales se sentent moins considérées par l'organisation, ont moins l'impression d'avoir de l'autonomie et perçoivent moins l'opportunité de s'actualiser au sein de leur emploi que leurs confrères et consœurs ayant un diplôme universitaire. Ainsi, les effectifs infirmiers possédant un diplôme d'études collégiales pourraient être davantage sensibles à l'impact d'un superviseur adoptant des pratiques authentiques, notamment quant à la considération individuelle. En d'autres termes, là où les infirmiers et les infirmières ayant une scolarité

collégiale perçoivent moins de considération de la part de leur organisation comparativement à leurs collègues possédant un diplôme d'études universitaires, le leader authentique pourrait prendre le relais et limiter le sentiment d'un traitement différentiel menant ultimement à de la détresse psychologique. Par ailleurs, le climat psychologique de travail semble avoir un effet davantage protecteur envers la détresse psychologique lorsque l'infirmier ou l'infirmière a un diplôme d'études collégiales contrairement à ses collègues ayant un diplôme universitaires. Ceci peut être dû au fait que ceux possédant un diplôme d'études collégiales perçoivent moins de considération organisationnelle à leur égard, mais que lorsqu'il en ressentent, celle-ci est susceptible d'être davantage puissante dans la diminution de la détresse psychologique. En d'autres termes, les individus ayant une scolarité collégiale sont davantage dépendants soit de leur organisation ou de leur supérieur immédiat quant à leur niveau de santé psychologique, particulièrement en regard de la détresse psychologique au travail.

Convergences et divergences empiriques

Tel que mentionné en préambule, il y avait parfois divergence, parfois convergence au sein de la documentation scientifique quant à l'effet de certaines variables étant liées l'intention de quitter. Cet état de fait contribue à générer un certain flou et l'un des apports de la présente thèse est de diminuer les flous conceptuels et empiriques autant que possible. Les quelques paragraphes suivants s'attardent donc de façon ciblée aux convergences et divergences de quelques résultats saillants trouvés dans notre étude et ceux énoncés dans la documentation scientifique.

D'emblée, les résultats obtenus dans cette thèse en regard de l'intention de quitter sont cohérents avec ceux de la documentation scientifique. Par exemple, la proportion d'infirmières désirant quitter tant par rapport au construit général que lorsqu'il est sous-divisé

en dimensions – intention de quitter l'unité, l'organisation et la profession – est en concordance avec ce qui a été observé dans la documentation scientifique. D'abord, Heinen et al. (2013) ont étudié un échantillon de plus de 23 000 infirmiers et infirmières européens et en sont venus à la conclusion que les taux d'intention de quitter la profession variaient entre 5% et 17% à travers dix pays. La présente thèse a trouvé un taux d'intention de quitter la profession de 9% sur un peu plus de 900 infirmières et infirmiers québécois (Tableau III).

Ensuite, nombre d'études (Baernholdt et Mark, 2009; Jones, 1990a; 1990b; Estryn-Béhar et al., 2007; Gardner et al., 2007; Gormley, 2011; Zeytinoglu et al., 2007) ont trouvé que les caractéristiques de son environnement de travail immédiat et la qualité des relations interpersonnelles entre les collègues ont une influence sur son intention de quitter. Dans le même sens, plusieurs chercheurs (Beecroft et al., 2008; Leiter, Price et Spence Laschinger, 2010) avancent que de mauvaises relations interpersonnelles au travail contribuent à augmenter significativement le niveau de détresse psychologique, ce qui en retour accentue l'intention de quitter. Ces affirmations sont clairement alignées avec ce que nous avons trouvé au sein des analyses acheminatoires par modélisation d'équations structurelles : il y a des relations imbriquées les unes aux autres qui catalysent à bien des égards l'apparition et l'évolution de l'intention de quitter. À haut niveau, l'une des contributions de la présente recherche est d'avoir intégré ces diverses variables identifiées dans la documentation comme centrales à l'intention de quitter des infirmières en un modèle unique avec des résultantes significatives et probantes. Ainsi, à la manière d'un processus séquentiel, l'on peut désigner le supérieur immédiat comme l'un des premiers et principaux antécédents de l'intention de quitter. Concrètement, son effet se fera d'abord sentir sur le climat psychologique et ultimement sur le niveau de santé psychologique qui, au final, influence l'intention de quitter.

De fait, les relations professionnelles avec le superviseur immédiat peuvent être bénéfiques pour le développement personnel et professionnel d'un employé de même que pour sa rétention au sein de l'organisation, tant elles peuvent, lorsque le superviseur adopte un style de leadership abusif, être toxiques et générer de la détresse psychologique, de l'insatisfaction au travail et de l'intention de quitter. C'est à partir de cette prémisse que le leadership a été positionné comme l'antécédent ultime dans la modélisation de cette thèse : l'on sait qu'il a des ramifications significatives tant au niveau organisationnel qu'individuel, que son influence peut être utilisée à bon ou à mauvais escient. En ce sens, le leadership authentique a été lié, de par ses pratiques favorisant la participation des employés aux décisions les concernant ainsi qu'en valorisant une communication bidirectionnelle et honnête, à un climat psychologique sain (Caza et al., 2010) de même qu'à une augmentation du sentiment de bien-être ressenti par les employés (Dhiman, 2011; Gardner et al., 2005). À ces égards, les résultats de la présente thèse sont en continuité en ce sens que le style de leadership des supérieurs immédiats dans le domaine infirmier québécois, lorsqu'à valence authentique, favorise l'établissement d'un climat psychologique de travail sain ainsi que le bien-être psychologique des effectifs.

Toutefois, bien que des résultantes positives du leadership authentique étaient attendues en ce qui a trait à un effet protecteur envers l'intention de quitter trouvé dans la documentation scientifique (Kanter, 1993; Peus et al., 2012; Spence Laschinger et al., 2012), il n'en est rien quant aux résultats obtenus dans cette thèse. Tant les comportements de transparence et de considération de supérieur immédiat favorisent le bien-être psychologique de ses troupes et l'établissement d'un climat psychologique de travail sain, tant ils ne semblent avoir aucun effet significatif sur l'intention de quitter en milieu infirmier. Dans la

même veine, ce type de superviseur devrait, comme l'ont trouvé Beecroft et al. (2006) sur une période de six ans, diminuer considérablement le niveau de stress ressenti chez les infirmières nouvellement graduées : or, aucun résultat n'a été trouvé au sein de la modélisation par équation structurelle de la présente thèse. Une piste d'explication possible serait en lien avec le cheminement cognitif menant à l'intention de quitter et effectué par l'individu : passé un certain stade, il se pourrait que même l'intervention du supérieur immédiat ne soit plus efficace pour diminuer l'intention de quitter. La réflexion étant de plus en plus aboutie, l'employé cherche davantage à confirmer ses choix plus qu'à les confronter.

En regard des comportements délétères générant des émotions et des cognitions négatives, le leadership tyrannique tel que nous l'avons observé dans le milieu infirmier partage des similarités avec celui observé dans la documentation scientifique. Dans les études de Ng et Sorensen (2008) le supérieur immédiat et le support perçu en provenance de ce dernier ont été identifiés comme des variables importantes favorisant ou inhibant l'intention de quitter. Dans la présente thèse, ce dernier, lorsqu'il adopte des comportements tyranniques, a des effets délétères sur la santé psychologique des effectifs – en augmentant significativement la détresse psychologique – et catalyseurs sur leur intention de quitter, particulièrement l'intention de quitter son unité et l'intention de quitter son organisation.

En outre, à la lumière des résultats statistiques obtenus, il semble clair que le climat psychologique de travail se positionne comme une variable d'importance autant pour comprendre l'intention de quitter que pour agir sur celle-ci. Il n'est pas surprenant, ainsi, que plusieurs auteurs aient consacré des publications à cet effet au cours des années et qu'ils aient trouvé des liens pour le moins significatifs tant par rapport à un effet protecteur qu'à un effet catalyseur. Beecroft et al. (2008) ont trouvé chez une population infirmière un lien négatif

entre un climat psychologique de travail sain et la détresse psychologique. Dans le même esprit, plusieurs autres chercheurs (Brewer et al., 2012; Lavoie-Tremblay et al., 2011; O'Brien-Pallas et al., 2010) ont rapporté un lien positif et significatif entre un climat psychologique de travail malsain et la détresse psychologique au travail. Il semblerait donc que le climat psychologique de travail soit significativement lié à la santé psychologique. Concrètement et à l'instar de Krausz et al. (1995) auprès de 820 infirmières, Aiken et al. (2008) ont étudié le climat psychologique de travail auprès de 10 184 infirmières issues de 160 hôpitaux américains ; ils ont trouvé que la probabilité que les infirmières éprouvent de l'épuisement professionnel était de 24% moindre au sein d'hôpitaux ayant des environnements de travail sains contrairement aux hôpitaux ayant des environnements de travail neutres ou malsains. En convergence directe avec ces affirmations et ces résultats, nous avons trouvé que le climat psychologique joue un rôle que l'on peut qualifier d'incontournable quant à l'influence bénéfique et protectrice qu'il possède sur la santé psychologique et sur l'intention de quitter. De fait, ces multiples appuis scientifiques positionnent d'autant plus solidement le rôle protecteur du climat psychologique envers l'intention de quitter ainsi qu'envers une mauvaise santé psychologique.

À cet égard, l'influence catalysatrice de la détresse psychologique a été significativement et statistiquement observée sur l'intention de quitter au sein de cette thèse, mais également dans la documentation scientifique (Corley et al., 2001; Hemingway et Smith, 1999; Sheridan et Abelson, 1983; Tei-Tominaga et Miki, 2010). Il convient de souligner que les relations unissant la détresse et l'intention de quitter sont parmi les plus puissantes retrouvées dans cette thèse. Il y a là une convergence sans équivoque entre nos résultats et ceux de la communauté scientifique. En contrepartie, malgré le fait que le bien-être

psychologique ait été significativement lié à l'intention de quitter dans la documentation scientifique (Aiken et al., 2001; Brewer et al., 2012; Emberland et Rundmo, 2010; Maningo-Salinas, 2010; Vahey et al., 2004; Wright et Bonett, 1992; 2007), la présente thèse n'a pas trouvé d'effet protecteur direct de celui-ci à l'endroit de l'intention de quitter. De fait, les risques qu'un employé ressent de l'intention de quitter seraient d'autant augmentés en fonction de l'intensité de la détresse psychologique qu'il éprouve (O'Brien-Pallas et al., 2010; Swider et Zimmerman, 2010). Les infirmières n'y échappent pas et au fur et à mesure que perdure et progresse un sentiment d'épuisement professionnel, l'intention de quitter perdure et progresse également (Rudman et al., 2014). Nombre de chercheurs (Borda et Norman, 1997; Corley et al., 2001) ont d'ailleurs trouvé une relation significative entre la détresse psychologique et l'intention de quitter. Il y a une contribution supplémentaire et nouvelle de la thèse puisque l'intention de quitter des effectifs infirmiers a été divisée en trois niveaux distincts et que des liens positifs entre la détresse psychologique et tous ces niveaux ont été observés. Dans notre étude, l'influence de la détresse psychologique se fait sentir le plus fortement sur l'intention de quitter la profession ce qui en soi est d'autant plus problématique considérant les impacts hautement négatifs au niveau sociétal, organisationnel et individuel du départ effectif de la profession.

En outre, plusieurs autres chercheurs (Bae et al., 2010; Hayes et al., 2006) ont trouvé que plus l'environnement est hostile, plus l'employé ressent de stress et plus il risque d'éprouver de l'épuisement émotionnel. Au final, les risques que cet employé désire quitter son emploi sont d'autant augmentés en fonction de la détresse psychologique qu'il éprouve (Beecroft et al., 2008; Swider et Zimmerman, 2010). En lien avec ces résultats, le climat psychologique de travail a été trouvé comme négativement lié à la détresse psychologique :

également l'un des liens statistiques les plus forts de la présente thèse. C'est donc dire que lorsqu'un climat sain est en place, la détresse psychologique est beaucoup moins observée et a de moindres chances de se propager, voire de perdurer, au sein des effectifs infirmiers.

Les résultats obtenus dans cette thèse touchant les facteurs externes se situent en relative concordance avec ceux de Rudman et al. (2014) qui n'ont pas trouvé de liens significatifs entre l'âge, le niveau d'éducation et le sexe ainsi que l'intention de quitter au cours des cinq années de recherche longitudinale : la présente thèse n'a pas trouvé aucun effet si ce n'est de l'âge spécifiquement sur l'intention de quitter l'unité. À ce sujet, il se peut que cette seule divergence avec les résultats de Rudman et al. (2014) soit due en partie aux différences de culture qui existent entre les pays scandinaves et les pays nord-américains. En effet, sur ce dernier point, les résultats de la présente thèse convergent avec ceux de nombre de chercheurs (Delobelle et al., 2011; Tourangeau et Cranley, 2006; Tschannen et al., 2010) ainsi qu'avec ceux de Duffield et al. (2009), qui ont tous trouvé que l'âge influence négativement l'intention de quitter. Cela dit, ces derniers chercheurs ont obtenu des résultats significatifs sur le concept global d'intention de quitter, alors que nous n'avons pas obtenu d'influence significative de l'âge sur l'intention de quitter l'organisation ou la profession.

Cela dit, cette thèse diverge à maints égards sur l'influence du sexe et de la scolarité sur l'intention de quitter. D'une part, Baernholdt et Barbara (2009) ainsi que Borkowski et al. (2007) ont trouvé que l'ensemble des infirmières ayant une scolarité en deçà d'une maîtrise étaient plus à risque d'éprouver le désir de quitter la profession. Nous n'avons pas trouvé de tels résultats en ce qui a trait à l'intention de quitter. D'autre part, Shields et Ward (2001) et Stewart et al. (2011) avancent que généralement plus la scolarité d'une infirmière est élevée, plus elle risque d'éprouver le désir de quitter son emploi. En outre, Lavoie-Tremblay et al.

(2011) et Stewart et al. (2011) ont aussi trouvé, tout comme Borkowski et al. (2007) et Heinen et al. (2013), que les infirmiers étaient plus enclins à quitter la profession que les infirmières. En réaction à ces deux éléments, nous n'avons trouvé aucun résultat significatif nous indiquant que le sexe ait un impact direct sur l'un des trois niveaux d'intention de quitter.

Apport du cadre théorique

À la lumière des résultats statistiques obtenus dans la présente thèse, il appert que la théorie de l'échange social de Blau (1964) s'avère fort pertinente pour expliquer une partie des phénomènes observés. Ses travaux sont fort utiles pour comprendre les interactions et les échanges professionnels entre les employés et l'organisation et/ou ses représentants (Coyle-Shapiro et Conway, 2004). Puisque les superviseurs représentent d'une part l'organisation et, d'autre part, qu'ils sont les interlocuteurs les plus proximaux avec lesquels transigent leurs subordonnés, leur rôle apparaît central lorsque vient le temps de comprendre les ramifications de leur influence en milieu infirmier.

D'abord, le supérieur immédiat a, selon les comportements authentiques ou tyranniques qu'il adopte, un impact soit positif ou négatif sur le climat psychologique de travail. Ceci est cohérent avec le fait que les supérieurs immédiats sont les représentants de l'organisation aux yeux de leurs subordonnés et que leurs actions sont susceptibles de rejaillir sur la perception qu'ont ces derniers de la qualité du climat psychologique de travail dans lequel ils évoluent.

Ensuite, les superviseurs ont un impact sur la santé psychologique de leurs subordonnés, car selon qu'ils adoptent un style de leadership authentique ou tyrannique ils favorisent dans le premier cas le bien-être psychologique et dans le deuxième cas la détresse psychologique. Selon Allen, Shore et Griffeth (2003), un échange social à valence positive prédispose les employés à demeurer partie prenante au sein de l'organisation : comme la détresse

psychologique catalyse les divers niveaux d'intention de quitter, il est clair que cette cognition de détachement est en partie due aux comportements abusifs de leur supérieur immédiat. Dans cette situation, loin d'être désireuses de réinvestir dans leur organisation, les infirmières préfèrent s'en protéger – souvenons-nous que les supérieurs immédiats représentent à la fois le contact le plus proximal qu'ont les effectifs avec leur organisation, mais qu'ils en sont également les représentants officiels auprès de leurs subordonnés. À l'autre extrémité du continuum, lorsque les superviseurs préconisent des comportements de gestion authentiques, ils s'assurent entre autres à travers leur influence sur le climat psychologique de travail d'un bon niveau de santé psychologique chez leurs subordonnés, mais également augmentent la probabilité que ceux-ci continuent à investir temps et énergie au sein de l'organisation en diminuant la probabilité qu'ils ressentent de l'intention de quitter, quel que soit le niveau,

Limites et pistes d'exploration futures

Quatre limites sont présentes au sein de cette recherche, en l'occurrence l'utilisation d'un devis transversal, le recours à un échantillon de convenance, l'utilisation de questionnaires à mesures autorapportées ainsi que l'influence de potentielles différences culturelles. D'abord, l'utilisation d'un devis transversal, bien qu'appropriée pour ce genre d'étude, aurait pu être complétée par un devis longitudinal. La principale limite d'un devis transversal est qu'il ne permet pas de conclure à des relations causales entre les diverses variables ; des liens de prédictions peuvent être toutefois émis grâce à l'utilisation de la méthode par analyse d'équations structurelles. Le recours à un devis longitudinal dans une étude ultérieure permettrait d'apprécier l'évolution des relations proposées dans le modèle

d'équations structurelles et contribuerait à soutenir davantage les inférences causales énoncées par le modèle conceptuel de cette étude.

Deuxièmement, le recours à un échantillon de convenance, et non un échantillon probabiliste, réduit la possibilité de généralisation des résultats à l'ensemble des infirmiers et des infirmières de l'Ordre des infirmiers et des infirmières du Québec ou encore aux populations infirmières. Néanmoins, l'échantillon est représentatif sur une majorité de caractéristiques démographiques de la population totale de l'Ordre des Infirmières et des Infirmiers du Québec, tel qu'explicité dans la section Méthodologie, ce qui pallie légèrement à cette limite. Il faut également garder à l'esprit qu'il est possible que les infirmiers et les infirmières ayant participé à l'étude soient en meilleure santé psychologique et qu'ils aient moins l'intention de quitter que ce qu'on aurait pu trouver dans la population générale ou vice-versa.

Ensuite, en ce qui a trait à l'utilisation de questionnaires à mesures autorapportées, il est possible que ce genre de questionnaire soit davantage sensible à la désirabilité sociale. De plus, le fait que les données soient non seulement autorapportées, mais également qu'elles le soient uniquement du point de vue des infirmiers et des infirmières peut induire un biais de variance commune quant aux résultats obtenus. À cet égard, il aurait pu être judicieux de recourir à un type d'évaluation complétant le point de vue des subordonnés, par exemple une évaluation de type « 360 degrés » des qualités de leader du superviseur immédiat. La même logique peut s'appliquer au du climat psychologique de travail, lequel n'a pas été évalué par les superviseurs des infirmiers et des infirmières. Également, dans le meilleur des cas, des données objectives auraient été agrégées et utilisées dans la présente thèse ; ceci aurait pu être fait en réalisant de l'observation directe en milieu de travail, en ayant accès à des études, le

cas échéant, commandées par les diverses organisations sur l'état de santé de leurs employés ou encore à un diagnostic du climat psychologique de travail ou encore en pouvant analyser, par exemple, les données statistiques de départs effectifs et de sondages de mobilisation. De la même façon, une multitude d'autres méthodes de collectes auraient pu être utilisées pour pallier la potentielle désirabilité sociale telles que des méthodes qualitatives - entrevues structurées, semi-structurées ou non structurées ainsi que des *focus groups*.

Enfin, une piste à explorer plus en profondeur – et qui peut constituer une limite à la généralisation des résultats de l'actuelle recherche à d'autres populations infirmières – est celle de la culture. En effet, certains résultats empiriques obtenus dans cette thèse diffèrent de ceux obtenus par d'autres auteurs bien que plusieurs caractéristiques soient semblables (population, construit mesuré, méthodes statistiques). En ce qui a trait au climat psychologique de travail, par exemple, dans un contexte organisationnel américain où les institutions de santé sont privées, il est possible que leurs politiques et leurs procédures favorisent un climat psychologique de travail différent chez les infirmiers et les infirmières, et que le cas échéant, les niveaux de santé psychologique et d'intention de quitter diffèrent. De la même façon, il serait intéressant de valider l'impact que peuvent avoir les mœurs et les valeurs issues de la culture sur le sens du devoir ou sur la perception associés à la profession d'infirmière, lesquels sont reconnus pour avoir un impact sur l'intention de quitter (Duchscher et Cowin, 2004).

Pistes théoriques futures

L'effet des facteurs externes. L'étude des facteurs externes en milieu infirmier et leur influence sur l'intention de quitter est, en regard des résultats issus de cette thèse, une piste à approfondir puisqu'un flou quant à leur influence semble persister. Bien que la

présente thèse soit antagoniste à certains résultats plus tranchés répertoriés dans la documentation scientifique – en regard de l’influence de l’âge, du sexe et de la scolarité – il n’en demeure pas moins que d’autres études ont trouvé les mêmes résultats, à savoir que ces caractéristiques externes et démographiques n’ont, en majeure partie, pas d’influence directe sur l’intention de quitter si ce n’est que celle de l’âge sur l’intention de quitter l’unité.

Plus spécifiquement, il pourrait être intéressant de se pencher sur l’effet du niveau de scolarité dans des études subséquentes. De fait, Baernholdt et Mark (2009) et Borkowski et al. (2007) ont obtenu des résultats soutenant que des infirmières ayant une scolarité en deçà d’une maîtrise étaient plus à risque d’éprouver le désir de quitter la profession alors que Shields et Ward (2001) ainsi que Stewart et al. (2011) avancent que généralement plus la scolarité d’une infirmière est élevée plus elle risque d’éprouver le désir de quitter son emploi. Le fait que la présente thèse n’ait pas répliqué ces résultats devrait pousser d’autres chercheurs à tenter d’étudier plus en détail cet aspect.

Ensuite, il serait pertinent de poursuivre l’étude du genre pour bonifier la compréhension de l’intention de quitter chez les infirmiers et les infirmières. Lavoie-Tremblay et al. (2011) et Stewart et al. (2011) de même que Borkowski et al. (2007) et Heinen et al. (2013) ont tous obtenu des résultats soutenant que les infirmiers étaient plus enclins à quitter la profession que les infirmières. De notre côté, à l’aide d’un échantillon représentatif quant au genre de la population d’effectifs infirmiers au Québec, nous avons trouvé que le lien entre le climat psychologique de travail et l’intention de quitter la profession est influencé par le genre. En lien avec ce qui a été proposé dans la discussion, il serait important de clarifier l’impact du statut minoritaire des infirmiers, dans quelque milieu que ce soit, sur leur perception du climat psychologique de travail. Compte tenu de ce qui a

été trouvé dans cette thèse, le climat psychologique semble avoir un effet davantage protecteur envers l'intention de quitter la profession chez les hommes que les femmes.

En ce qui a trait à l'âge, Delobelle et al. (2011) ainsi que Tourangeau et Cranley (2006) et plusieurs autres chercheurs (Tschannen et al., 2010; Duffield et al., 2009; Barron et West, 2005) ont tous remarqué que les infirmières plus jeunes étaient plus à risque de ressentir de l'intention de quitter globalement alors que Heinen et al. (2013) ont cependant trouvé que ce sont les infirmiers et les infirmières plus vieux qui seraient davantage susceptibles de quitter la profession spécifiquement. De notre côté, les résultats obtenus sont globalement en concordance avec l'étude longitudinale de Rudman et al. (2014) à l'effet qu'aucun lien significatif entre l'âge et l'intention de quitter globalement n'existe. Cela dit, nous avons trouvé un impact de l'âge sur l'intention de quitter l'unité, ce qui constitue une divergence avec l'étude de Rudman et al. (2014). En ce sens, il nous est d'avis qu'un flou persiste à cet égard, et que ce flou mérite d'être investigué puisqu'une influence significative de l'âge a été observée sur la détresse psychologique et sur l'intention de quitter son unité spécifiquement. Dans le premier cas, l'âge influence positivement la détresse psychologique au travail. Dans le deuxième cas, l'âge influence négativement l'intention de quitter l'unité. Davantage d'approfondissement scientifique est nécessaire à cet égard pour clarifier l'effet potentiellement protecteur de l'âge sur l'intention de quitter son unité, et ce, malgré l'augmentation de la détresse psychologique ressentie en fonction de l'âge.

Enfin, serait-il possible que l'influence de l'âge sur l'intention de quitter passe en partie par la culture du pays. En sachant que les études de Rudman et al. (2014) ont été faites sur une population scandinave, se pourrait-il que notre culture et la culture scandinave soient

alignées à cet égard alors que la culture américaine est différente? Il y a là certainement des pistes d'exploration théoriques méritant à tout le moins un minimum d'attention scientifique.

Le rôle du climat psychologique de travail. Les résultats obtenus à la suite des analyses par équations structurelles dans la présente thèse sont particulièrement prometteurs en regard du climat psychologique de travail. En effet, de façon générale, peu d'étude concertée n'a été faite sur ce construit, si ce n'est que sur le fait que certaines dispositions très ciblées du climat peuvent influencer positivement ou négativement l'intention de quitter. Or, la présente thèse rapporte des effets d'un climat psychologique de travail sain à la fois puissants, significatifs et protecteurs envers l'intention de quitter. Au niveau théorique, ces résultats prometteurs pavent la voie à des recherches subséquentes qui devraient notamment s'attarder à l'étudier de façon exhaustive à la fois en observant ses diverses sous-dimensions, pour en comprendre finement l'effet qu'il peut avoir sur d'autres populations infirmières et ainsi répliquer les résultats de notre étude.

Au final, bien que le climat psychologique ait été placé comme la pierre angulaire du modèle d'équations structurelles, nous ne nous doutions pas qu'il allait se révéler à ce point comme une variable incontournable pour comprendre et ultimement agir sur les divers niveaux d'intention de quitter en milieu infirmier. Il appert donc pertinent d'étudier le climat par le biais de ses sous-dimensions pour affiner la compréhension que nous avons de ses effets tant sur l'intention de quitter, que sur des variables lui étant plus ou moins fortement liées empiriquement.

Les divers niveaux d'intention de quitter. L'intention de quitter est certainement un processus complexe et difficile à mesurer empiriquement. Takase (2010) l'avait bien anticipé et avait ainsi proposé une modélisation parcimonieuse, mais rendant tout de même compte de

la complexité des divers processus survenant à divers moments dans le temps et menant ultimement au départ effectif. En ce sens, l'intention de quitter est la boîte noire au sein de laquelle les chercheurs travaillent et essaient d'affiner leur compréhension de ses divers engrenages et ainsi mieux l'encadrer, la prévenir. De notre côté, en ayant adopté une mesure en trois dimensions, nous avons essayé de capter le maximum de complexité du construit sans toutefois le complexifier inutilement. Les résultats sont à cet égard éclairants, avec des pourcentages de variance expliquée respectivement de 33% pour l'intention de quitter l'unité, 32% pour l'intention de quitter l'organisation et 28% pour l'intention de quitter la profession. La réalité actuelle des effectifs infirmiers commande des études supplémentaires sur l'intention de quitter à cause, notamment, des problématiques de rétention, mais également des difficultés d'attraction vers les programmes de sciences infirmières (Aiken et al., 2011; Jones, 2008; Kane et Siegrist, 2002; McCue et al., 2003; Takase, 2010).

Orienter l'étude de l'intention de quitter à l'aide de la conceptualisation de Takase (2010) apparaît prometteur dans l'optique où l'un des objectifs recherchés est de mieux comprendre quels sont les facteurs influençant le potentiel d'attraction des étudiants en sciences infirmières et, ultimement, leur rétention dans le poste. Par exemple, dans ce dernier cas, il pourrait être pertinent et intéressant de s'attarder aux déterminants individuels – telle que la présente thèse a fait – favorisant la rétention. En répliquant les résultats et en étudiant de nouveaux facteurs potentiellement inducteurs, la communauté scientifique est en mesure d'affiner sa compréhension du phénomène de l'intention de quitter et d'ensuite appliquer concrètement les résultats obtenus au monde du travail.

Pistes pratiques suggérées

En fonction des facteurs externes. Les facteurs externes sont tantôt positionnés comme n'ayant que peu d'impact direct sur l'intention de quitter dans la documentation scientifique, tantôt ayant un impact global et significatif. Les résultats de cette thèse appuient la première hypothèse, tout en observant quelques impacts rapportés sur des relations touchant le climat psychologique de travail, la détresse psychologique, le leadership authentique et l'intention de quitter l'unité. Il est toutefois réellement pertinent de s'attarder aux effets sur ces diverses relations, car il appert que les variables du leadership, du climat psychologique de travail et de la santé psychologique ont toutes un effet sur l'intention de quitter. En d'autres termes, bien que les facteurs externes n'aient généralement pas un impact direct et significatif sur l'intention de quitter, ils ont certainement un impact indirect et significatif sur celle-ci. De fait, l'une des résultantes significatives issues des analyses visant à évaluer l'effet des facteurs externes sur la modélisation structurelle est que les supérieurs immédiats, les organisations du milieu de la santé ainsi que dans une plus large mesure les gouvernements, doivent adapter les façons d'intervenir en fonction de l'âge, du sexe et de niveau de scolarité de la main d'œuvre. Non seulement est-il utile d'orienter les interventions en fonction de ces facteurs, il peut être préférable de choisir des cibles d'intervention différentes selon ces mêmes facteurs.

Quant à l'âge, d'une part, la relation positive observée entre l'âge et la détresse psychologique ressentie laisse entrevoir que le milieu de travail des infirmiers et des infirmières est, pour une certaine frange de ceux-ci, délétère au fil du temps pour leur santé psychologique. D'autre part, la relation négative de l'âge avec l'intention de quitter son unité suppose que les coûts de quitter son unité sont d'autant plus grands au fur et à mesure que

l'infirmière vieillit. Lorsque combinés, ces deux aspects soulignent une tension qui pourrait se révéler être, à certains moments, largement inconfortable. En effet, la détresse psychologique vécue par l'infirmière progresse à l'instar des coûts de quitter. Le poids de la détresse psychologique combiné à la possibilité très coûteuse de quitter constituent un paradoxe dans lequel les infirmières peuvent se sentir prisonnières et duquel peu d'issues ne semblent envisageables. Lors de la mise en place de programmes d'intégration et de rétention il ne faudrait pas pour autant laisser tomber les infirmières plus expérimentées. En d'autres termes, il ne faudrait pas, en s'attardant spécialement à l'intégration des effectifs nouvellement embauchés, que les infirmières plus expérimentées ne soient laissées pour compte, qui plus est en sachant le paradoxe susnommé qu'elles sont susceptibles de vivre quant à l'intention de quitter. En ce sens, il pourrait être intéressant de mettre à profit leur expérience, par exemple dans un rôle de mentorat, envers les plus jeunes infirmières. Il a été observé scientifiquement que la relation entre un mentor et son mentoré bénéficie aux deux parties, en plus de diminuer l'intention de quitter son organisation du mentoré (Koberg, Boss et Goodman, 1998). Cette perspective positionne l'infirmière plus expérimentée dans un rôle stimulant, tout en faisant d'une pierre deux coups : l'on socialise et l'on favorise le transfert de connaissances tacites en mettant en relation de jeunes talents avec des talents plus séniors et l'on adopte une approche proactive dans la prévention de l'intention de quitter chez les effectifs infirmiers.

Ensuite, il y aurait lieu d'intervenir différemment selon le genre lorsqu'il est question de prévention de l'intention de quitter la profession. En fonction des résultats observés, l'impact d'un bon climat psychologique de travail se fait davantage ressentir chez les infirmiers et devrait constituer prioritairement un levier d'intervention auprès des hommes en milieu infirmier. Il vaut évidemment mieux favoriser et valoriser un climat psychologique de travail

sain, peu importe le genre des effectifs, mais il semble que lorsqu'il y a présence d'hommes, ceux-ci seraient plus susceptibles de s'y référer en cas de détresse psychologique et, par extension ceci prévient fort probablement l'apparition de cognitions liées à l'intention de quitter la profession. Le seul fait de connaître ceci pour un supérieur immédiat revêt une importance considérable : ce dernier a en effet un impact significatif sur le climat psychologique de travail et il peut en outre utiliser ce dernier comme un levier pour diminuer la prévalence de la détresse psychologique. Dans l'éventualité où un infirmier ressent de la détresse psychologique il pourrait être intéressant pour un supérieur de tableer sur le potentiel d'actualisation et de soutien à l'autonomie : ceci peut prendre la forme d'offrir des opportunités de perfectionnement à l'employé ou encore d'avoir une conversation avec lui et de lui réaffirmer l'importance de prendre les décisions qu'il juge importantes pour son bien-être psychologique. Bref, de démontrer de la considération envers ses employés, et ce de façon proactive pour diminuer la possibilité de l'apparition de l'intention de quitter. Autrement dit, les comportements du supérieur visant à prévenir, dans la mesure du possible, l'apparition d'un climat favorisant la détresse psychologique doivent certainement être prioritaires. De façon plutôt appropriée il vaut mieux ici sans aucun doute prévenir que guérir.

Enfin en ce qui a trait au niveau de scolarité, certains éléments particuliers doivent demeurer à l'attention des supérieurs immédiats et peuvent en outre être utilisés comme des leviers. Il a été trouvé dans cette thèse que les effectifs infirmiers possédant un diplôme d'études collégiales pourraient être davantage sensibles à l'impact d'un superviseur adoptant des pratiques authentiques, notamment celles stimulant la considération individuelle. En ce sens, il serait souhaitable, dans la mesure du possible, que les superviseurs immédiats adoptent des comportements plus centrés sur ces aspects lorsqu'en interaction avec des

infirmiers ayant un diplôme d'études collégiales. Par exemple, qu'ils sollicitent l'expression de points de vue différents et parfois opposés et qu'ils s'assurent de la contribution d'un maximum d'individus avant la prise de décisions touchant l'ensemble de l'équipe. Ce genre de comportements favorisant la considération permet d'atténuer la perception de considération différentielle vécue par les infirmiers ayant un diplôme d'études collégiales versus leurs collègues ayant une formation universitaire.

Par ailleurs, il a été énoncé précédemment que le climat psychologique de travail semble avoir un effet davantage protecteur envers la détresse psychologique lorsque l'infirmier ou l'infirmière a un diplôme d'études collégiales contrairement à des vis-à-vis ayant un diplôme universitaire. Ceci peut souligner que les individus ayant une scolarité collégiale sont davantage dépendants soit de leur organisation ou de leur supérieur immédiat quant à leur niveau de santé psychologique particulièrement en regard du sentiment de détresse psychologique au travail qu'ils peuvent éprouver. À l'instar des comportements concrets favorisant la considération, il peut être bénéfique dans ce cas pour le supérieur immédiat de maximiser sa transparence et l'équité envers ses employés tout en étant réaliste quant à l'apport organisationnel. Il peut ainsi agir en écoutant attentivement les commentaires de ses subalternes, en reflétant comment ils se sentent et en les encourageant à proposer des solutions concrètes pour améliorer les politiques, les procédures et l'environnement de travail globalement. Non seulement est-il ainsi susceptible de minimiser certains aspects pouvant être décriés du climat psychologique de travail, mais il est également à même, de façon tout à fait proactive, de prendre le pouls de ses effectifs et de prévenir une forme de détresse psychologique liée à l'environnement de travail immédiat – donc de maximiser le sentiment d'harmonie et de fluidité dans les relations interpersonnelles.

Au final, l'étude des caractéristiques descriptives et démographiques de la population infirmière semble fournir des nuances importantes à la recherche appliquée s'attardant à l'intention de quitter. L'un des enseignements à tirer de cette réalité est qu'avant quelque intervention que ce soit, il est particulièrement profitable de cerner les caractéristiques démographiques de la population sur laquelle on veut agir si l'on veut significativement influencer ses comportements. Ceci vaut tant du point de vue d'un collègue, d'un supérieur ou d'une organisation. En fait, il est d'autant plus nécessaire de connaître ladite population si l'on veut agir en amont et donc sur les inducteurs de l'intention de quitter. Il s'agit ainsi, à maints égards, d'un prérequis à une intervention réussie auprès des effectifs infirmiers tant en ce qui a trait à leur niveau de santé psychologique et du climat psychologique de travail au sein duquel ils évoluent.

En fonction du climat psychologique de travail. Lorsque l'on a bien ancré les façons d'interagir avec les effectifs infirmiers, sur quels leviers ancrer les changements ainsi que les subtilités liées au niveau de scolarité, à l'âge et au sexe, il convient de s'attarder au construit plus global et situé au centre du modèle conceptuel, en l'occurrence le climat psychologique de travail. Sans surprises, les interventions ciblées sur le climat psychologique de travail peuvent être particulièrement complexes et nécessitent un suivi davantage serré. Or, en ayant en tête le puissant impact protecteur du climat psychologique de travail sur la bougie d'allumage du cheminement de l'intention de quitter – c'est-à-dire l'évaluation psychologique que l'employé fait de son environnement externe immédiat – il est payant de s'attarder à ce dernier. Pour ce faire, l'on peut utiliser le supérieur immédiat et l'influence significative qu'il a sur le climat psychologique de travail. Malgré que les superviseurs immédiats aient un rôle prépondérant à jouer quant à l'établissement d'un climat psychologique de travail sain ou

malsain, il n'en demeure pas moins que des interventions concrètes peuvent être faites directement sur le climat psychologique de travail.

Notamment, les infirmiers entre eux ont un rôle à jouer dans la perception que leurs collègues ont de leur environnement de travail immédiat que ce soit de façon directe ou indirecte. D'une part, lorsque l'on parle d'influence directe entre eux, il peut s'agir de la façon dont les interactions sont régulées entre les collègues de travail, de même que le niveau de respect interpersonnel accordé à tous. Il s'agit essentiellement de comportements ayant pour cible principale les employés mêmes de l'organisation. Les comportements qu'ont envers eux les infirmiers et infirmières contribuent à favoriser ou à détériorer la perception d'être respecté au sein de l'organisation et en retour favorisent ou détériorent la qualité globale du climat psychologique de travail. D'autre part, lorsque l'on mentionne l'influence indirecte que peuvent avoir entre eux les collègues sur le climat psychologique de travail, il peut s'agir de collectivement s'adonner au dénigrement de l'organisation, des supérieurs immédiats ou encore de s'adonner à des jeux politiques allant à l'encontre de l'organisation. Il s'agit ici essentiellement de comportements ayant pour cible l'organisation en soi et non pas ses employés. Dans tous les cas, tant les actions directes qu'indirectes affectent positivement ou négativement le climat psychologique de travail et, en ce sens, les infirmiers et les infirmières ont un impact direct sur leur environnement de travail immédiat.

Intervenir à ce niveau spécifiquement, en excluant volontairement toute intervention touchant ou impliquant le gestionnaire immédiat nécessite de proposer de la formation aux effectifs infirmiers pour les sensibiliser concrètement à la notion de climat psychologique de travail. Ce ne saurait être fait sans être ancré de façon comportementale et tangible pour les effectifs infirmiers. Il faut donc sensibiliser ceux-ci notamment, mais non exclusivement, aux

façons d'interagir entre eux et de bâtir collectivement un meilleur environnement de travail ainsi qu'à la responsabilité collective qu'ils ont envers le climat psychologique de travail.

En fonction de la santé psychologique et des styles de leadership. En prenant en compte les difficultés de rétention des effectifs infirmiers, couplées aux besoins criants d'attraction dans ce domaine, si l'on avait à cibler une seule priorité d'intervention au sein du corps infirmier il s'agirait du supérieur immédiat. En effet, de par sa position en amont tant dans le modèle conceptuel de cette thèse que dans le milieu de travail en soi, il constitue une cible à partir de laquelle il est possible d'influencer l'entièreté du milieu organisationnel tel que démontré au sein des analyses acheminatoires par modélisation d'équations structurelles de la présente thèse – c.-à-d. le niveau de santé psychologique, le climat psychologique de travail et l'intention de quitter.

Tout d'abord, il fut observé à l'instar du bien-être psychologique que le leadership authentique n'a pas de lien direct avec l'intention de quitter. À l'inverse, le leadership tyrannique, à l'instar de la détresse psychologique, a un lien direct avec l'intention de quitter l'unité et l'organisation – alors que la détresse a également un lien avec l'intention de quitter la profession. Ainsi, en regard de l'intention de quitter, il semble que la priorisation du leadership authentique et du bien-être psychologique ne soit pas une piste d'intervention prometteuse ni même un investissement efficient pour générer un effet protecteur. Lorsque le style de leadership authentique est positionné en compétition avec le leadership tyrannique et la détresse psychologique, il appert que de recadrer les aspects catalyseurs de l'intention de quitter semble de loin plus profitable que de valoriser les aspects protecteurs liés au leadership authentique qui, au final, n'ont pas d'impact protecteur direct. C'est donc dire que pour une infirmière de faire l'expérience d'un style de leadership authentique est certainement

important pour favoriser son bien-être psychologique, et dans une moindre mesure, une perception d'un climat psychologique de travail sain, mais en soi il n'y a aucun bénéfice direct favorisant sa rétention en poste à privilégier ce style de leadership. Il est juste d'inférer que les bénéfices observables le seraient à plus long terme et de façon plus distale que dans le cas d'un recadrage immédiat de certaines pratiques de gestions délétères. Concrètement donc, il ne s'agit pas de fournir des opportunités de formation pour amener le superviseur d'emblée vers un style de leadership privilégiant des comportements authentiques, mais bien de l'amener à recadrer les comportements délétères qu'il pourrait émettre consciemment ou non, bref de minimiser le recours à un style – ou à des comportements s'y apparentant – de leadership tyrannique.

Le point précédemment énoncé est primordial puisque de pouvoir compter sur une main-d'œuvre en bonne santé psychologique est important, car en considérant le lien fortement négatif entre la détresse psychologique et le bien-être psychologique l'on devrait tenter de minimiser le premier pour maximiser le deuxième. Cela dit, ils ne sont pas mutuellement exclusifs ce qui signifie que l'expérience de bien-être psychologique ne prévient pas totalement l'expérience de détresse psychologique ; l'inverse étant aussi vrai, l'expérience de détresse psychologique n'empêchant pas de vivre un certain niveau de bien-être psychologique. De façon générale, les organisations mettent l'accent sur la valorisation de nombre de variables à valence positive, lesquelles génèrent des interventions favorisant le leadership authentique et le maintien et le développement d'un niveau élevé de bien-être psychologique. Or, les données empiriques de la présente thèse questionnent l'ordre établi dans le milieu de la santé. Dans une optique de priorisation des interventions, il semble qu'il vaille mieux privilégier une approche pragmatique et proximale centrée sur le redressement

d'éléments catalyseurs de l'intention de quitter en milieu organisationnel plutôt qu'une approche centrée sur les éléments protecteurs de l'intention de quitter.

Au niveau organisationnel, deux avenues sont possibles à emprunter en ce sens : l'avenue réactive et l'avenue proactive. Dans le cadre de l'avenue réactive, il pourrait principalement s'agir de rencontrer les supérieurs faisant ou ayant fait l'objet de plaintes de la part de leurs subordonnés ou encore de mesures disciplinaires et de recadrer le genre d'agissements à la base des commentaires ou des réprimandes. Il pourrait s'agir de blâmes, de critiques ou de dévalorisations des employés, d'utilisation inappropriée du statut ou du pouvoir associé à la position et/ou de punitions non contingentes aux actions. Ce faisant, l'organisation s'attèle à recadrer l'utilisation d'un style de leadership ayant des ramifications autant sur le climat psychologique de travail, sur la détresse psychologique que sur l'intention de quitter son unité et son organisation.

L'avenue proactive suggère d'agir avant que les conséquences néfastes de l'utilisation d'un style de leadership tyrannique n'aient été observées et vécues en milieu infirmier. Une des façons pragmatiques de s'y attarder est de former les gestionnaires du milieu infirmier aux effets indésirables de l'adoption des comportements ci-haut mentionnés. Bien qu'il soit, à notre avis, important de recadrer en premier lieu les comportements tyranniques, cela ne veut pas dire qu'il faille pour autant occulter les interventions de nature positive. Seulement, il est préférable de s'assurer d'avoir les fondations organisationnelles solides – en l'occurrence un environnement de travail le plus sain possible, supporté et stimulé par des gestionnaires ne privilégiant pas des pratiques abusives- pour ensuite bâtir sur ces fondations et agir de façon proactive en offrant des formations ou des opportunités de développement aux supérieurs immédiats. Ces opportunités et ces formations peuvent certainement cibler le développement

de pratiques de gestion basées sur les styles de leadership positifs, dont le style authentique. Également, certaines interventions organisationnelles pourraient être de nature à déplacer les effectifs dans un nouveau rôle ou encore un nouvel environnement de manière à potentiellement amoindrir les effets néfastes. Ceci non pas dans l'optique de déplacer, littéralement, le problème, mais plutôt d'agir en fonction de la prémisse suivante : comme le comportement est fonction de la personnalité et de l'environnement, il peut être judicieux d'agir sur l'un si l'autre est pour ainsi dire immuable ou difficilement modifiable. Dans le cas présent, l'organisation peut tenter de juguler l'émission de comportements tyranniques en modifiant l'environnement des leaders.

Dans la même veine, si l'organisation devait choisir une deuxième priorité d'intervention dans le milieu infirmier, il serait important que celle-ci soit centrée sur le climat psychologique de travail. L'on sait qu'en milieu infirmier québécois, à la lumière des résultats de la présente thèse, le supérieur immédiat a un impact considérable sur le climat psychologique de travail. Cela dit, en soi, le climat psychologique de travail est autant un « receveur » d'influence en provenance du leadership qu'un « émetteur » d'influence sur la santé psychologique et sur les trois niveaux d'intention de quitter. L'on sait également que les infirmiers et y sont plus sensibles que les infirmières lorsque vient le temps de comprendre la détresse psychologique.

Une troisième priorité d'intervention devrait, conséquemment en fonction des messages clés de la présente thèse, être centrée sur la santé psychologique des effectifs infirmiers. En support et en adéquation avec les mesures au préalable prises qui visent le style de leadership privilégié ainsi que le climat psychologique de travail valorisé, il est possible de minimiser l'intention de quitter en s'attardant principalement à la détresse psychologique au travail. La

détresse psychologique est là où le bât blesse : elle a des effets catalyseurs sur tous les niveaux d'intentions de quitter et elle est pernicieuse en ce sens qu'elle peut être en partie camouflée par un certain niveau de bien-être apparent des effectifs infirmiers. Si, de surcroît, un supérieur immédiat émettant des comportements tyranniques ainsi qu'un climat psychologique de travail plutôt malsain ont cours, il y a de fortes chances que la détresse psychologique soit intériorisée et peu extériorisée à autrui. Il est dans les deux cas importants pour les infirmiers et infirmières de bénéficier d'un exutoire, peu importe sa valence. Cet exutoire peut prendre la forme d'un programme d'aide aux employés – perception de soutien de la part de l'organisation – valorisé et mis en évidence par l'organisation ou encore, plus simplement, la perception d'un soutien adéquat de la part du supérieur vers lequel les employés peuvent se tourner le cas échéant.

Conclusion

Au cours des dernières décennies, plusieurs auteurs se sont attardés à l'étude de l'intention de quitter, tantôt directement tantôt indirectement. En s'inscrivant au cœur de ce courant, la présente thèse contribue à l'avancement des connaissances scientifiques en proposant un modèle par équations structurelles au sein duquel des variables individuelles, organisationnelles et psychologiques sont séquentiellement positionnées. Ainsi, tant le supérieur, le climat psychologique de travail, la santé psychologique et l'intention de quitter cohabitent. Ultimement, l'objectif était de mieux comprendre les inducteurs de l'intention de quitter dans son ensemble, mais surtout lorsqu'elle était divisée en trois dimensions. En d'autres termes, l'un des principaux objectifs de cette thèse était d'étudier, au sein du secteur de la santé québécois, les mécanismes organisationnels et individuels à partir desquels l'intention de quitter prend racine. En conceptualisant une modélisation complexe, mais se voulant toutefois réaliste, il était espéré de capter un maximum de l'influence de ces mécanismes. À l'aide des inducteurs ciblés dans cette thèse, il a été possible d'expliquer plus du tiers du phénomène de l'intention de quitter, tous niveaux confondus. Concrètement, les résultats obtenus sont prometteurs et porteurs de sens, ne serait-ce qu'au sein du milieu de la santé québécois et canadien.

De plus, il est à noter que des conjonctures sociales et professionnelles appellent à davantage d'études scientifiques sur les populations infirmières, notamment au Canada et au Québec. En effet, des problématiques réelles et actuelles mettent en évidence l'importance constante de mieux comprendre les ramifications des styles de supervision, du climat psychologique de travail et du niveau de santé psychologique des effectifs infirmiers. Les contextes social et organisationnel dans lesquels s'inscrit cette recherche sont relativement précaires puisque d'une part, les effectifs infirmiers étudiés sont vieillissants et d'autre part,

les organisations de santé doivent planifier la relève de cette main-d'œuvre en faisant toutefois face à des difficultés d'attraction et de rétention. Cela dit, à l'intérieur même de ce contexte et à la lumière des résultats obtenus dans cette thèse, l'influence des variables organisationnelles individuelles et externes est significative et peut être utilisée comme un levier pour l'établissement d'un environnement de travail sain, d'abord, et ensuite pour favoriser la rétention et l'attraction des effectifs infirmiers.

Tel qu'observé empiriquement, le climat psychologique de travail constitue un point d'intérêt central à cause de son impact tant direct qu'indirect sur les divers niveaux d'intention de quitter. Il agit à la fois comme facteur prévenant en partie l'apparition des cognitions de quitter, comme facteur atténuant de la détresse psychologique ressentie, comme facteur catalyseur du bien-être psychologique et comme vecteur du style de leadership authentique. Dans le cas de la détresse psychologique, dont le rôle de celle-ci est avéré quant à son effet catalyseur de tous les niveaux d'intention de quitter, il joue à la fois les rôles de vaccin et d'antidote, car lorsqu'il est présent à valence positive il interfère sérieusement avec les cognitions soulignant la mauvaise santé psychologique tout en ayant un rôle apaisant lorsque ces cognitions sont déjà présentes.

Considérant ceci, s'attarder en amont au style de leadership préconisé par les gestionnaires au sein du milieu de la santé québécois apparaît une façon efficiente et efficace de cibler des comportements tangibles, et ce, au niveau individuel. D'emblée, il est préférable de redresser un style de leadership délétère plutôt que d'améliorer un style neutre ou positif : en effet, les impacts du leadership tyrannique sont doubles –à la fois indirects et directs. D'une part, il catalyse la présence de détresse psychologique, laquelle favorise largement l'apparition de l'intention de quitter au sein des effectifs infirmiers et d'autre part, il augmente

les probabilités que l'intention de quitter à tous les niveaux soit ressentie par les infirmières. Advenant une faible prévalence d'un tel style de leadership, il peut être pertinent de miser sur le leadership authentique pour augmenter le bien-être psychologique des effectifs infirmiers et, à travers son influence bénéfique sur le climat psychologique, diminuer l'intention de quitter.

Au final, l'intention de quitter n'est certainement pas une fatalité au sein du milieu infirmier québécois. Bien qu'elle puisse être particulièrement prévalente au sein de la strate plus jeune d'infirmières québécoises – celle-là même qu'il ne nous faut pas négliger en tant que société et notamment prendre soin de bien intégrer dans son nouveau rôle à l'entrée sur le marché du travail en vue de favoriser son bien-être psychologique au travail et diminuer la probabilité d'intention de quitter– , il est non seulement réaliste, mais impératif de s'attarder aux comportements valorisés et démontrés par les supérieurs immédiats de même qu'aux climats psychologiques de travail ayant cours dans le milieu des soins. Ce faisant, il est fort probable que nous favoriserons la rétention en poste et diminuerons l'intention de quitter, deux éléments qui, à n'en pas douter, se reflètent dans le potentiel d'attraction de la profession d'infirmier.

Références

- Aiken, L. H., Cimiotti, J. P., Sloane, D. M., Smith, H. L., Flynn, L. et Neff, D. F. (2011). The effects of nurse staffing and nurse education on patient deaths in hospitals with different nurse work environments. *Medical care*, 49(12), 1047-1053.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Lake, E. T. et Cheney, T. (2008). Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *The Journal of nursing administration*, 38(5), 223-229.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J. A., Busse, R., Clarke, H., Giovannetti, P., Hunt, J., Rafferty, A. M et Shamian, J. (2001). Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health affairs*, 20(3), 43-53.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J. et Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Jama*, 288(16), 1987-1993.
- Allen, D. G., Bryant, P. C. et Vardaman, J. M. (2010). Retaining talent: Replacing misconceptions with evidence-based strategies. *The Academy of Management Perspectives*, 24(2), 48-64.
- Allen, D. G., Shore, L. M. et Griffeth, R. W. (2003). The role of perceived organizational support and supportive human resource practices in the turnover process. *Journal of management*, 29(1), 99-118.
- Arslan Yurumezoglu, H. et Kocaman, G. (2015). Predictors of nurses' intentions to leave the organisation and the profession in Turkey. *Journal of nursing management*, 24(2), 235-243.
- Ashforth, B. (1994). Petty tyranny in organizations. *Human Relations*, 47(7), 755-778.
- Avolio, B. J. et Gardner, W. L. (2005). Authentic leadership development: getting to the root

- of positive forms of leadership. *The leadership quarterly*, 16(3), 315-338.
- Avolio, B. J., Walumbwa, F. O. et Weber, T. J. (2009). Leadership: current theories, research, and future directions. *Annual review of psychology*, 60, 421-449.
- Bae, S. H., Mark, B. et Fried, B. (2010). Impact of nursing unit turnover on patient outcomes in hospitals. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(1), 40-49.
- Baernholdt, M. et Mark, B. A. (2009). The nurse work environment, job satisfaction and turnover rates in rural and urban nursing units. *Journal of nursing management*, 17(8), 994-1001.
- Barron, D. et West, E. (2005). Leaving nursing: an event-history analysis of nurses' careers. *Journal of Health Services Research & Policy*, 10(3), 150-157.
- Bass, B. M. et Steidlmeier, P. (1999). Ethics, character, and authentic transformational leadership behavior. *The leadership quarterly*, 10(2), 181-217.
- Becker, G. S. (2009). *Human capital: A theoretical and empirical analysis, with special reference to education*. Chicago, IL, États-Unis : University of Chicago Press.
- Beecroft, P. C., Dorey, F. et Wenten, M. (2008). Turnover intention in new graduate nurses: a multivariate analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 41-52.
- Beecroft, P. C., Kunzman, L. et Krozek, C. (2001). RN internship: outcomes of a one-year pilot program. *Journal of Nursing Administration*, 31(12), 575-582.
- Beecroft, P. C., Santner, S., Lacy, M. L., Kunzman, L. et Dorey, F. (2006). New graduate nurses' perceptions of mentoring: six-year programme evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 55(6), 736-747.
- Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological bulletin*, 107(2), 238-246.

- Bentler, P. M. (1995). *EQS structural equations program manual*. Encino, CA, États-Unis :
Multivariate Software, Inc.
- Bigliardi, B., Petroni, A. et Ivo Dormio, A. (2005). Organizational socialization, career aspirations and turnover intentions among design engineers. *Leadership & Organization Development Journal*, 26(6), 424-441.
- Blau, P. M. (1964). *Exchange and power in social life*. New Brunswick, NY, États-Unis :
Transaction Publishers.
- Blythe, J., Baumann, A., Zeytinoglu, I., Denton, M. et Higgins, A. (2005). Full-time or part-time work in nursing: preferences, tradeoffs and choices. *Healthcare quarterly*, 8(3), 69-77.
- Borda, R. G. et Norman, I. J. (1997). Factors influencing turnover and absence of nurses: a research review. *International Journal of Nursing Studies*, 34(6), 385-394.
- Borkowski, N., Amann, R., Song, S. H. et Weiss, C. (2007). Nurses' intent to leave the profession: issues related to gender, ethnicity, and educational level. *Health care management review*, 32(2), 160-167.
- Bourbonnais, R. (2000). *Les impacts positifs et négatifs de la transformation du réseau de la santé sur la vie professionnelle, la vie familiale et la santé des infirmières et des infirmiers de l'agglomération de Québec: rapport de recherche soumis au Conseil québécois de la recherche sociale, CQRS*. Repéré à :
<http://www.csssvc.qc.ca/telechargement.php?id=35>
- Boyle, D. K., Bott, M. J., Hansen, H. E., Woods, C. Q., & Taunton, R. L. (1999). Manager's leadership and critical care nurses' intent to stay. *American Journal of Critical Care*, 8(6), 361-371.

- Brewer, C. S., Kovner, C. T., Greene, W., Tukov - Shuser, M. et Djukic, M. (2012). Predictors of actual turnover in a national sample of newly licensed registered nurses employed in hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 68(3), 521-538.
- Brun, J.-P., Biron, C., Martel, J. et Ivers, H., (2003). *Évaluation de la santé mentale au travail: Une analyse des pratiques de gestion des ressources humaines*. Repéré à : <http://www.irsst.qc.ca/media/documents/pubirsst/r-342.pdf>
- Brunet, L. et Savoie, A. (1999). *Le climat de travail : un levier pour le changement*. Montréal, QC, Canada : Les éditions logiques.
- Buerhaus, P. I., Donelan, K., Ulrich, B. T., Norman, L. et Dittus, R. (2005). Is the shortage of hospital registered nurses getting better or worse? Findings from two recent national surveys of RNs. *Nursing Economics*, 23(2), 61-71.
- Byrne, Z. S. (2005). Fairness reduces the negative effects of organizational politics on turnover intentions, citizenship behavior and job performance. *Journal of Business and Psychology*, 20(2), 175-200.
- Cacciatore, G., Morin, D., Nelson, K. et Boudrias, J.S. (2010). Le leadership tyrannique : définition et validation d'une mesure. Actes du 16^e Congrès de l'Association Internationale de Psychologie du Travail de Langue Française.
- Caza, A., Bagozzi, R. P., Woolley, L. et Levy, L. (2010). Psychological capital and authentic leadership: measurement, gender, and cultural extension. *Asia-Pacific Journal of Business Administration*, 2(1), 53-70.
- Chang, C. S., Du, P. L. et Huang, I. C. (2006). Nurses' perceptions of severe acute respiratory syndrome: relationship between commitment and intention to leave nursing. *Journal of advanced nursing*, 54(2), 171-179.

- Chen, Z. X. et Francesco, A. M. (2000). Employee demography, organizational commitment, and turnover intentions in China: do cultural differences matter? *Human relations*, 53(6), 869-887.
- Chiu, C. K., Chien, C. S., Lin, C. P. et Hsiao, C. Y. (2005). Understanding hospital employee job stress and turnover intentions in a practical setting: the moderating role of locus of control. *Journal of management development*, 24(10), 837-855.
- Chiu, C. K., Lin, C. P., Tsai, Y. H. et Hsiao, C. Y. (2005). Modeling turnover intentions and their antecedents using the locus of control as a moderator: A case of customer service employees. *Human Resource Development Quarterly*, 16(4), 481-499.
- Cho, S., Johanson, M. M. et Guchait, P. (2009). Employees intent to leave: A comparison of determinants of intent to leave versus intent to stay. *International Journal of Hospitality Management*, 28(3), 374-381.
- Colin, C., Gendron, S., Gérald-Pointel, G. et Deschamps, J. P. (2004). Infirmières et santé publique... .infirmières de santé publique. *Santé publique*, 16(2), 181-183.
- Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers. (2002). *Notre santé, notre avenir : Un milieu de travail de qualité pour les infirmières canadiennes*. Repéré à http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2002-cnac-cccsi-final/2002-cnac-cccsi-final-fra.pdf
- Coombs, C., Arnold, J., Loan-Clarke, J., Wilkinson, A., Park, J. et Preston, D. (2003). Perceptions of nursing in the NHS. *Nursing Standard*, 18(5), 33-38
- Corley, M. C., Elswick, R. K., Gorman, M. et Clor, T. (2001). Development and evaluation of a moral distress scale. *Journal of advanced nursing*, 33(2), 250-256.
- Costello, A. B. et Osborne, J. W. (2005). Best Practices in Exploratory Factor Analysis: Four

- Recommendations for Getting the Most From Your Analysis. *Practical Assessment Research & Evaluation*, 10(7), 1-9.
- Courcy, F., et Savoie, A. (2004). Le rôle du climat de travail dans la prédiction différenciée des agressions en milieu de travail. *Psychologie du travail et des organisations*, 10(1), 45-60.
- Cowden, T., Cummings, G et Profetto-McGrath, J. (2011). Leadership practices and staff nurses' intent to stay: a systematic review. *Journal of Nursing Management*, 19(4), 461-477.
- Coyle-Shapiro, J. A. et Conway, N. (2004). *The employment relationship through the lens of social exchange*. Dans Coyle-Shapiro, J. A., Shore, L. M. et Conway, N. (dir.) *The employment relationship : examining psychological and contextual perspectives* (p. 5-28). Oxford, United Kingdom : Oxford University Press.
- Delobelle, P., Rawlinson, J. L., Ntuli, S., Malatsi, I., Decock, R. et Depoorter, A. M. (2011). Job satisfaction and turnover intent of primary healthcare nurses in rural South Africa: a questionnaire survey. *Journal of advanced nursing*, 67(2), 371-383.
- Dhiman, S. (2011). Personal mastery and authentic leadership. *Organization Development Journal*, 29(2), 69-83.
- Diener, E., Oishi, S. et Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual review of psychology*, 54(1), 403-425.
- Duchscher, J. E. B. et Cowin, L. (2004). Multigenerational nurses in the workplace. *Journal of Nursing Administration*, 34(11), 493-501.
- Duffield, C. M., Roche, M. A., Blay, N. et Stasa, H. (2011). Nursing unit managers, staff

- retention and the work environment. *Journal of clinical nursing*, 20, 23-33.
- Duffield, C., Aitken, L., O'Brien-Pallas, L. et Wise, W. J. (2004). Nursing: a stepping stone to future careers. *Journal of Nursing Administration*, 34(5), 238-245.
- Duffield, C., Roche, M., O'Brien-Pallas, L., Catling-Paull, C. et King, M. (2009). Staff satisfaction and retention and the role of the nursing unit manager. *Collegian*, 16(1), 11-17.
- Dweck, C. S. et Leggett, E. L. (1988). A social-cognitive approach to motivation and personality. *Psychological review*, 95(2), 256-273.
- Emberland, J. S. et Rundmo, T. (2010). Implications of job insecurity perceptions and job insecurity responses for psychological well-being, turnover intentions and reported risk behavior. *Safety Science*, 48(4), 452-459.
- Estryn-Béhar, M., Van der Heijden, B. I., Ogińska, H., Camerino, D., Le Nézet, O., Conway, P. M., Fry, C. et Hasselhorn, H. M. (2007). The impact of social work environment, teamwork characteristics, burnout, and personal factors upon intent to leave among European nurses. *Medical care*, 45(10), 939-950.
- Firth, L., Mellor, D. J., Moore, K. A. et Loquet, C. (2004). How can managers reduce employee intention to quit? *Journal of managerial psychology*, 19(2), 170-187.
- Flinkman, M., Laine, M., Leino-Kilpi, H., Hasselhorn, H. M. et Salanterä, S. (2008). Explaining young registered Finnish nurses' intention to leave the profession: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45(5), 727-739.
- Freund, A. (2005). Commitment and Job Satisfaction as Predictors of Turnover Intentions Among Welfare Workers. *Administration in Social Work*, 29(2), 5-21.
- Gardner, J. K., Thomas-Hawkins, C., Fogg, L. et Latham, C. E. (2007). The relationship

- between nurses' perceptions of the hemodialysis unit work environment and nurse turnover, patient satisfaction, and hospitalizations. *Nephrology Nursing Journal*, 34(3), 271-282.
- Gardner, W. L., Avolio, B. J., Luthans, F., May, D. R. et Walumbwa, F. (2005). "Can you see the real me?" A self-based model of authentic leader and follower development. *The Leadership Quarterly*, 16(3), 343-372.
- Gershon, R. R., Stone, P. W., Zeltser, M., Faucett, J., Macdavitt, K. et Chou, S. S. (2007). Organizational climate and nurse health outcomes in the United States: a systematic review. *Industrial health*, 45(5), 622-636.
- Gilbert, M. H., Dagenais-Desmarais, V. et Savoie, A. (2011). Validation d'une mesure de santé psychologique au travail. *Revue européenne de psychologie appliquée/European Review of Applied Psychology*, 61(4), 195-203.
- Gilbert, M. H., Lebrock, P. et Savoie, A. (2008). Validation initiale d'un modèle prévisionnel de la santé psychologique au travail. *Santé psychologique, stress et harcèlement au travail*, 3, 13-21.
- Gilbreath, B. et Benson, P. G. (2004). The contribution of supervisor behaviour to employee psychological well-being. *Work & Stress*, 18(3), 255-266.
- Gormley, D. K. (2011). Are we on the same page? Staff nurse and manager perceptions of work environment, quality of care and anticipated nurse turnover. *Journal of nursing management*, 19(1), 33-40.
- Gouldner, A. W. (1960). The norm of reciprocity: a preliminary statement. *American sociological review*, 25, 161-178.
- Griffeth, R. W. et Hom, P. W. (2004). *Innovative theory and empirical research on employee*

- turnover*. Greenwich, CT, États-Unis : Information Age Publishing.
- Grojean, M. W., Resick, C. J., Dickson, M. W. et Smith, D. B. (2004). Leaders, values, and organizational climate: examining leadership strategies for establishing an organizational climate regarding ethics. *Journal of business ethics*, 55(3), 223-241.
- Hamelin Brabant, L., Lavoie-Tremblay, M., Viens, C. et Lefrançois, L. (2007). Engaging health care workers in improving their work environment. *Journal of Nursing Management*, 15(3), 313-320.
- Han, G. H. et Jekel, M. (2011). The mediating role of job satisfaction between leader-member exchange and turnover intentions. *Journal of Nursing Management*, 19(1), 41-49.
- Harris, K. J., Kacmar, K. M. et Witt, L. A. (2005). An examination of the curvilinear relationship between leader-member exchange and intent to turnover. *Journal of Organizational Behavior*, 26(4), 363-378.
- Hasselhorn HM, Tackenberg P, Kuemmerling A, Wittenberg J, Simon M, Conway PM, Bertazzi PA, Beermann B, Buscher A, Camerino D, Caillard JF, D'Hoore W, Estryin-Behar M, Fontenla M, Gould D, Van Der Heijden B, Josephson M, Kiss P, Kovarova M, Kuhn K, Laine M, Le Nezet O, Lindberg P, Oginska H, Pokorski J, Radkiewicz P, Rimarcik M, Van Der Schoot E, Stelzig S, Stordeur S, Wickstroem G, Widerszal-Bazyl M, Mueller BH. (2005) Nurses' health, age and the wish to leave the profession-findings from the European NEXT-Study. *La Medicina del lavoro*, 97(2), 207-214.
- Hayes, L. J., O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., Hughes, F., Spence Laschinger, H.K., North, N. et Stone, P. W. (2006). Nurse turnover: a literature review. *International journal of nursing studies*, 43(2), 237-263.
- Hayes, L. J., O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., Hughes, F., Spence

- Laschinger, H.K., North, N. et Stone, P. W. (2012). Nurse turnover: a literature review-an update. *International Journal of Nursing Studies*, 49(7), 887-905.
- Heinen, M. M., van Achterberg, T., Schwendimann, R., Zander, B., Matthews, A., Kózka, M., Ensio, A., Sjetne, I.S., Moreno Casbas, T., Ball, J. et Schoonhoven, L. (2013). Nurses' intention to leave their profession: a cross sectional observational study in 10 European countries. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 174-184.
- Hemingway, M. A. et Smith, C. S. (1999). Organizational climate and occupational stressors as predictors of withdrawal behaviours and injuries in nurses. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 72(3), 285-299.
- Hom, P. W. et Griffeth, R. W. (1995). *Employee turnover*. Cincinnati, OH, États-Unis : South-Western.
- Hwang, J. I. et Chang, H. (2009). Work climate perception and turnover intention among Korean hospital staff. *International Nursing Review*, 56(1), 73-80.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2008). *Tendances de la main-d'œuvre des infirmières et infirmiers réglementés au Canada : 2003 à 2007*. Ottawa, ICIS.
- Institut canadien d'information sur la santé (2010). *Infirmières réglementées: tendances canadiennes, 2005 à 2009*, Ottawa, ICIS.
- Jones, C. B. (1990a). Staff nurse turnover costs: part I, a conceptual model. *Journal of Nursing Administration*, 20(4), 18-23.
- Jones, C. B. (1990b). Staff nurse turnover costs: part II, measurements and results. *Journal of Nursing Administration*, 20(5), 27-32.
- Jones, C. B. (2008). Revisiting nurse turnover costs: adjusting for inflation. *Journal of Nursing Administration*, 38(1), 11-18.

- Jones, C. et Gates, M. (2007). The costs and benefits of nurse turnover: A business case for nurse retention. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 12(3). Repéré à <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume122007/No3Sept07/NurseRetention.aspx>
- Kalliath, T. J. et Beck, A. (2001). Is the path to burnout and turnover paved by a lack of supervisory support? A structural equations test. *New Zealand Journal of Psychology*, 30(2), 72-78.
- Kane, N. M. et Siegrist, R. B. (2002). Understanding rising hospital inpatient costs: Key components of cost and the impact of poor quality. Repéré à https://www.researchgate.net/profile/Nancy_Kane/publication/265568685_Understanding_Rising_Hospital_Inpatient_Costs_Key_Components_of_Cost_and_The_Impact_of_Poor_Quality/links/55fae1d808aeba1d9f3a0958.pdf
- Kanter, R. M. (1993). *Men and Women of the Corporation* (2e éd.). New York, NY, États-Unis : Basic Book.
- Kernis, M. H. et Goldman, B. M. (2006). A multicomponent conceptualization of authenticity: theory and research. *Advances in experimental social psychology*, 38, 283-357.
- Koberg, C. S., Boss, R. W. et Goodman, E. (1998). Factors and outcomes associated with mentoring among health-care professionals. *Journal of Vocational Behavior*, 53(1), 58-72.
- Kline, R. B. (2010). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (3e éd.). New York, NY, États-Unis : Guilford Press.
- Kline, R. B. (2005). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (2e éd.). New

York, NY, États-Unis : Guilford Press.

Krausz, M., Koslowsky, M., Shalom, N. et Elyakim, N. (1995). Predictors of intentions to leave the ward, the hospital, and the nursing profession: a longitudinal study. *Journal of Organizational Behavior*, 16(3), 277-288.

La Commission de la santé mentale du Canada. (2016). Soutenir la santé mentale en milieu de travail. Repéré à

http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/system/files/private/document/mhcc_workplace_promo_fr.pdf

Lafrenière A., Lagarde, G., Brunet L. et Savoie A. (2003). Le climat de travail comme variable prévisionnelle des comportements antisociaux au travail. Dans C. Vandenberghe, N. Delobbe, G. Karnas (dir), *Dimensions individuelles et sociales de l'investissement professionnel* (p. 261-270). Actes du 12^{ième} Congrès de Psychologie du Travail et des Organisation de Langue Française, juillet 2002. Louvain-la-Neuve, Belgique : Presses Universitaires de Louvain.

Larrabee, J. H., Janney, M. A., Ostrow, C. L., Withrow, M. L., Hobbs, G. R. et Burant, C. (2003). Predicting registered nurse job satisfaction and intent to leave. *Journal of Nursing Administration*, 33(5), 271-283.

Lavoie-Tremblay, M., Paquet, M., Marchionni, C. et Drevniok, U. (2011). Turnover intention among new nurses: a generational perspective. *Journal for Nurses in Professional Development*, 27(1), 39-45.

Lavoie-Tremblay, M., Wright, D., Desforges, N., Gélinas, C., Marchionni, C. et Drevniok, U. (2008). Creating a Healthy Workplace for New-Generation Nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 40(3), 290-297.

- Lawler, E. E. (1992). *The ultimate advantage: Creating the high-involvement organization*. San Francisco, CA, États-Unis : Jossey-Bass.
- Leiter, M. P. et Maslach, C. (2009). Nurse turnover: the mediating role of burnout. *Journal of nursing management*, 17(3), 331-339.
- Leiter, M. P., Price, S. L. et Spence Laschinger, H. K. (2010). Generational differences in distress, attitudes and incivility among nurses. *Journal of Nursing Management*, 18(8), 970-980.
- Leiter, M. P., Harvie, P. et Frizzell, C. (1998). The correspondence of patient satisfaction and nurse burnout. *Social science & medicine*, 47(10), 1611-1617.
- Letvak, S., Ruhm, C. J. et McCoy, T. (2012). Depression in hospital-employed nurses. *Clinical Nurse Specialist*, 26(3), 177-182.
- LeVasseur, S. A., Wang, C. Y., Mathews, B. et Boland, M. (2009). Generational differences in registered nurse turnover. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 10(3), 212-223.
- Lim, V. K. G. (1997). Moderating effects of work-based support on the relationship between job insecurity and its consequences. *Work and Stress*, 11(3), 251-266.
- MacKinnon, D. P. (2008). *Introduction to statistical mediation analysis*. New York, NY, États-Unis : Taylor & Francis Group.
- Maningo-Salinas, M. J. (2010). *Relationship between moral distress, perceived organizational support and intent to turnover among oncology nurses*. (Thèse de doctorat, Capella University, États-Unis). Repéré à <http://search.proquest.com/docview/823511364>
- Massé, R., Poulin, C., Dassa, C., Lambert, J., Bélair, S. et Battaglini, A. (1998). The structure of mental health: higher-order confirmatory factor analyses of psychological distress and

- well-being measures. *Social indicators research*, 45, 475-504.
- McCue, M., Mark, B. A. et Harless, D. W. (2003). Nurse staffing, quality, and financial performance. *Journal of health care finance*, 29(4), 54-76.
- Meeusen, V. C., Van Dam, K., Brown-Mahoney, C., Van Zundert, A. A. et Knappe, H. T. (2011). Understanding nurse anesthetists' intention to leave their job: how burnout and job satisfaction mediate the impact of personality and workplace characteristics. *Health care management review*, 36(2), 155-163.
- Mobley, W. H., Griffeth, R. W., Hand, H. H. et Meglino, B. M. (1979). Review and conceptual analysis of the employee turnover process. *Psychological bulletin*, 86(3), 493-522.
- Moore, K. A. (2001). Hospital restructuring: impact on nurses mediated by social support and a perception of challenge. *Journal of Health and Human Services Administration*, 490-516.
- Morrell, K. (2005). Towards a typology of nursing turnover: the role of shocks in nurses' decisions to leave. *Journal of Advanced Nursing*, 49(3), 315-322.
- Mowday, R. T., Porter, L. W. et Steers, R. (1982). *Organizational linkages: the psychology of commitment, absenteeism, and turnover*. New York, NY, États-Unis : Academic Press.
- Mrayyan, M. T. (2008). Hospital organizational climates and nurses' intent to stay: differences between units and wards. *Contemporary nurse*, 27(2), 223-236.
- Mrayyan M.T. (2009) Differences of hospitals' organisational climates and nurses' intent to stay: nurses' perspectives. *Journal of Research in Nursing* 14 (5), 465–477.
- Mueller, C. W. et Lawler, E. J. (1999). Commitment to nested organizational units: some basic principles and preliminary findings. *Social Psychology Quarterly*, 62(4), 325-346.

- Nelson, K. (2014). Le leadership authentique: validation d'une mesure et étude de ses effets sur le climat de travail et le bien-être des personnes. (Thèse de doctorat, Université de Montréal, Montréal). Repéré à <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/11151>
- Ng, T. W. et Sorensen, K. L. (2008). Toward a further understanding of the relationships between perceptions of support and work attitudes: a meta-analysis. *Group & Organization Management*, 1-26.
- Nifadkar, S., Tsui, A. S. et Ashforth, B. E. (2012). The way you make me feel and behave: supervisor-triggered newcomer affect and approach-avoidance behavior. *Academy of Management Journal*, 55(5), 1146-1168.
- O'Brien-Pallas, L., Alksnis, C. et Wong, S. (2003). *Bringing the future into focus : projecting RN retirements in Canada*. Repéré à https://secure.cihi.ca/free_products/RNRetirement2003_e.pdf
- O'Brien-Pallas, L., Griffin, P., Shamian, J., Buchan, J., Duffield, C., Hughes, F., Spence Laschinger, H.K., North, N. et Stone, P. W. (2006). The impact of nurse turnover on patient, nurse, and system outcomes: a pilot study and focus for a multicenter international study. *Policy, Politics et Nursing Practice*, 7(3), 169-179.
- O'Brien-Pallas, L., Murphy, G. T., Shamian, J., Li, X. et Hayes, L. J. (2010). Impact and determinants of nurse turnover: a pan-Canadian study. *Journal of Nursing Management*, 18(8), 1073-1086.
- OECD (2016). *Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places*. Repéré à <http://www.oecd.org/publications/health-workforce-policies-in-oecd-countries-9789264239517-en.htm>
- Paiement, A. (2015). [Validité de construit et cohérence interne d'un instrument mesurant

- l'intention de quitter chez les infirmières québécoises]. Données non publiées, Université de Montréal, Québec, Canada.
- Paillé, P. (2006). Les relations entre l'implication au travail, les comportements de citoyenneté organisationnelle et l'intention de retrait. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology*, 56(2), 139-149.
- Paillé, P. (2007). Comportements de citoyenneté organisationnelle et intention de quitter : le rôle médiateur de l'intention de s'absenter. *Revue québécoise de psychologie*, 28(3), 209-225.
- Paoli, P. et Merllié, D. (2001). *Troisième enquête européenne sur les conditions de travail 2000*. Repéré à : <http://bookshop.europa.eu/fr/troisi-me-enqu-te-europ-enne-sur-les-conditions-de-travail-pbTJ3901764/>
- Palumbo, M. V., McIntosh, B., Rambur, B. et Naud, S. (2009). Retaining an aging nurse workforce: perceptions of human resource practices. *Nursing Economics*, 27(4), 221-232.
- Parry, J. (2008). Intention to leave the profession: antecedents and role in nurse turnover. *Journal of Advanced Nursing*, 64(2), 157-167.
- Peus, C., Wesche, J. S., Streicher, B., Braun, S. et Frey, D. (2012). Authentic leadership: an empirical test of its antecedents, consequences, and mediating mechanisms. *Journal of business ethics*, 107(3), 331-348.
- Raubenheimer, J. (2004). An item selection procedure to maximize scale reliability and validity. *SA Journal of Industrial Psychology*, 30(4), 59-64.
- Raup, G. H. (2008). The impact of ED nurse manager leadership style on staff nurse turnover and patient satisfaction in academic health center hospitals. *Journal of Emergency Nursing*, 34(5), 403-409.

- Rudman, A., Gustavsson, P. et Hultell, D. (2014). A prospective study of nurses' intentions to leave the profession during their first five years of practice in Sweden. *International journal of nursing studies*, 51(4), 612-624.
- Rudman, A., Omne-Pontén, M., Wallin, L. et Gustavsson, P. J. (2010). Monitoring the newly qualified nurses in Sweden: the Longitudinal Analysis of Nursing Education (LANE) study. *Human Resources for Health*, 8(10), 1-17.
- Sablynski, C. J., Lee, T. W., Mitchell, T. R., Burton, J. P. et Holtom, B. C. (2009). Turnover: an integration of Lee and Mitchell's unfolding model and job embeddedness construct with Hulin's withdrawal construct. Dans Brett, J. M. et Drasgow, F. (dir.), *The Psychology of Work: theoretically Based Empirical Research* (p. 189-203). New York, NY, États-Unis : Psychology Press.
- Schneider, B., Ehrhart, M. G. et Macey, W. H. (2013). Organizational climate and culture. *Annual review of psychology*, 64, 361-388.
- Sellgren, S., Ekvall, G. et Tomson, G. (2007). Nursing staff turnover: does leadership matter? *Leadership in Health Services*, 20(3), 169-183.
- Sexton, J. B., Thomas, E. J. et Helmreich, R. L. (2000). Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. *BMJ*, 320, 745-749.
- Sheridan, J. E. et Abelson, M. A. (1983). Cusp catastrophe model of employee turnover. *Academy of Management Journal*, 26(3), 418-436.
- Shields, M. A. et Ward, M. (2001). Improving nurse retention in the National Health Service in England: the impact of job satisfaction on intentions to quit. *Journal of health economics*, 20(5), 677-701.
- Shields, M. et Wilkins, K. (2006). *Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel*

infirmier de 2005: résultats. Repéré à

https://secure.cihi.ca/free_products/NHSRep06_FR.pdf

- Simard, M. (2007) Conceptualisation, opérationnalisation et validation du construit d'investissement (side bets) de Becker (1960) auprès d'infirmières du réseau québécois de la santé. (Thèse de doctorat inédite, Université de Montréal, Canada).
- Simmons, B. L. et Nelson, D. L. (2001). Eustress at work: the relationship between hope and health in hospital nurses. *Health Care Management Review*, 26(4), 7-18.
- Simoens, S., Villeneuve, M. et Hurst, J. (2005). *Tackling nurse shortages in OECD countries*. OECD Health Working Papers. Repéré à : <https://www.oecd.org/els/health-systems/34571365.pdf>
- Sochalski, J. (2002). Nursing shortage redux: turning the corner on an enduring problem. *Health Affairs*, 21(5), 157-164.
- Spence Laschinger, H. K., Leiter, M. P., Day, A. L. et Gilin, D. (2009). Workplace empowerment, incivility, and burnout: impact on staff nurse recruitment and retention outcomes. *Journal of Nursing Management*, 17(3), 302-311.
- Spence Laschinger, H. K., Wong, C. A. et Grau, A. L. (2012). The influence of authentic leadership on newly graduated nurses' experiences of workplace bullying, burnout and retention outcomes: a cross-sectional study. *International journal of nursing studies*, 49(10), 1266-1276.
- Steel, R. P. et Ovalle, N. K. (1984). A review and meta-analysis of research on the relationship between behavioral intentions and employee turnover. *Journal of Applied Psychology*, 69(4), 673.
- Stevens, J. (2002). *Applied Multivariate Statistics for the Social Sciences (4e éd.)*. Mahwah,

NJ : Lawrence Erlbaum Associates.

- Stewart, N. J., D'Arcy, C., Kosteniuk, J., Andrews, M. E., Morgan, D., Forbes, D., MacLeod, M.L.P., Kulig, J.C., et Pitblado, J. R. (2011). Moving on? Predictors of intent to leave among rural and remote RNs in Canada. *The Journal of Rural Health, 27*(1), 103-113.
- Stone, P. W., Larson, E. L., Mooney-Kane, C., Smolowitz, J., Lin, S. X. et Dick, A. W. (2006). Organizational climate and intensive care unit nurses' intention to leave. *Critical care medicine, 34*(7), 1907-1912.
- Stordeur, S., D'hoore, W. et Vandenberghe, C. (2001). Leadership, organizational stress, and emotional exhaustion among hospital nursing staff. *Journal of advanced nursing, 35*(4), 533-542.
- Strachota, E., Normandin, P., O'Brien, N., Clary, M. et Krukow, B. (2003). Reasons registered nurses leave or change employment status. *Journal of Nursing Administration, 33*(2), 111-117.
- Sullivan, T., Kerr, M. et Ibrahim, S. (1998). Job stress in healthcare workers: highlights from the National Population Health Survey. *Hospital Quarterly, 2*(4), 34-40.
- Swider, B. W. et Zimmerman, R. D. (2010). Born to burnout: a meta-analytic path model of personality, job burnout, and work outcomes. *Journal of Vocational Behavior, 76*(3), 487-506.
- Tabachnick, B. G. et Fidell, L. S. (2001). *Using multivariate statistics* (4ième éd.). Boston, MA, États-Unis : Allyn & Bacon.
- Tabachnick, B. G. et Fidell, L. S. (2007). *Experimental designs using ANOVA*. Belmont, CA, États-Unis : Brooks/Cole.
- Takase, M. (2010). A concept analysis of turnover intention: implications for nursing

- management. *Collegian*, 17(1), 3-12.
- Takase, M., Nakayoshi, Y. et Teraoka, S. (2012). Graduate nurses' perceptions of mismatches between themselves and their jobs and association with intent to leave employment: a longitudinal survey. *International journal of nursing studies*, 49(12), 1521-1530.
- Takase, M., Oba, K. et Yamashita, N. (2009). Generational differences in factors influencing job turnover among Japanese nurses: an exploratory comparative design. *International Journal of Nursing Studies*, 46(7), 957-967.
- Tastan, S., Unver, V. et Hatipoglu, S. (2013). An analysis of the factors affecting the transition period to professional roles for newly graduated nurses in Turkey. *International nursing review*, 60(3), 405-412.
- Tei-Tominaga, M. et Miki, A. (2010). A longitudinal study of factors associated with intentions to leave among newly graduated nurses in eight advanced treatment hospitals in Japan. *Industrial health*, 48(3), 305-316.
- Tepper, B. J. (2000). Consequences of abusive supervision. *Academy of management journal*, 43(2), 178-190.
- Tepper, B. J., Carr, J. C., Breaux, D. M., Geider, S., Hu, C. et Hua, W. (2009). Abusive supervision, intentions to quit, and employees' workplace deviance: a power/dependence analysis. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 109(2), 156-167.
- Tett, R. P. et Meyer, J. P. (1993). Job satisfaction, organizational commitment, turnover intention, and turnover: path analyses based on meta-analytic findings. *Personnel psychology*, 46(2), 259-293.
- Thau, S., Bennett, R. J., Mitchell, M. S. et Marrs, M. B. (2009). How management style moderates the relationship between abusive supervision and workplace deviance: an

- uncertainty management theory perspective. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 108(1), 79-92.
- Tourangeau, A. E. et Cranley, L. A. (2006). Nurse intention to remain employed: understanding and strengthening determinants. *Journal of advanced nursing*, 55(4), 497-509.
- Trontin, C., Lassagne, M., Boini, S., & Rinal, S. (2010). Le coût du stress professionnel en France en 2007.
- Tschannen, D., Kalisch, B. J. et Lee, K. H. (2010). Missed nursing care: the impact on intention to leave and turnover. *CJNR (Canadian Journal of Nursing Research)*, 42(4), 22-39.
- Tucker, K. et Heward, Y. (2014). What Factors Might Affect Pic Nurse Retention? A Review of the Literature. *Pediatric Critical Care Medicine*, 15(4), 219.
- Ulrich, B., Krozek, C., Early, S., Africa, L. M. et Carman, M. L. (2010). Improving retention, confidence, and competence of new graduate nurses: results from a 10-year longitudinal database. *Nursing*, 28(6), 363-375.
- Vahey, D. C., Aiken, L. H., Sloane, D. M., Clarke, S. P. et Vargas, D. (2004). Nurse burnout and patient satisfaction. *Medical care*, 42(2 Supplement), II57-II66.
- Voltmer, E., Wingenfeld, K., Spahn, C., Driessen, M. et Schulz, M. (2013). Work-related behaviour and experience patterns of nurses in different professional stages and settings compared to physicians in Germany. *International journal of mental health nursing*, 22(2), 180-189.
- Walumbwa, F. O., Avolio, B. J., Gardner, W. L., Wernsing, T. S. et Peterson, S. J. (2008). Authentic leadership: Development and validation of a theory-based measure. *Journal of*

management, 34(1), 89-126.

Watson, R., Gardiner, E., Hogston, R., Gibson, H., Stimpson, A., Wrate, R. et Deary, I.

(2009). A longitudinal study of stress and psychological distress in nurses and nursing students. *Journal of Clinical Nursing*, 18(2), 270-278.

Weston, R. et Gore, P. A. (2006). A brief guide to structural equation modeling. *The*

Counseling Psychologist, 34(5), 719-751.

Wong, C., & Cummings, G. (2009). Authentic leadership: a new theory for nursing or back to

basics?. *Journal of Health Organization and Management*, 23(5), 522-538.

Wright, T. A. et Bonett, D. G. (1992). The effect of turnover on work satisfaction and mental

health: support for a situational perspective. *Journal of Organizational Behavior*, 13(6), 603-615.

Wright, T. A. et Bonett, D. G. (2007). Job satisfaction and psychological well-being as

nonadditive predictors of workplace turnover. *Journal of management*, 33(2), 141-160.

Zeytinoglu, I. U. et Cooke, G. B. (2005). Non-standard work and benefits: has anything

changed since the Wallace Report?. *Relations Industrielles/Industrial Relations*, 29-63.

Zeytinoglu, I. U., Denton, M., Davies, S., Baumann, A., Blythe, J. et Boos, L. (2006).

Retaining nurses in their employing hospitals and in the profession: effects of job preference, unpaid overtime, importance of earnings and stress. *Health Policy*, 79(1), 57-72.

Zeytinoglu, I. U., Denton, M., Davies, S., Baumann, A., Blythe, J. et Boos, L. (2007).

Deteriorated external work environment, heavy workload and nurses' job satisfaction and turnover intention. *Canadian Public Policy*, 33 (Supplement/Numéro Spécial 2007), S31-S47.

Zimmerman, S., Gruber - Baldini, A. L., Hebel, J. R., Sloane, P. D. et Magaziner, J. (2002).

Nursing home facility risk factors for infection and hospitalization: importance of registered nurse turnover, administration, and social factors. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(12), 1987-1995.

Annexe 1 – Questionnaires

Questionnaire Bien-être Psychologique au Travail

Consigne : Indiquez la réponse qui correspond le mieux à ce que vous vivez dans votre milieu de travail.

Jamais	Rarement	La moitié du temps	Fréquemment	Presque toujours
1	2	3	4	5

Ces temps-ci, dans mon emploi :

1.	Je me sens en confiance.	1	2	3	4	5
2.	Je suis satisfait de mes réalisations, je suis fier de moi.	1	2	3	4	5
3.	Je suis fonceur, j'entreprends plein de choses.	1	2	3	4	5
4.	Je me sens équilibré émotionnellement.	1	2	3	4	5
5.	Je me sens aimé et apprécié.	1	2	3	4	5
6.	J'ai des buts, des ambitions.	1	2	3	4	5
7.	Je conserve le goût de pratiquer mes loisirs et activités préférés hors travail.	1	2	3	4	5
8.	Je me sens utile.	1	2	3	4	5
9.	J'ai facilement le sourire.	1	2	3	4	5
10.	Je suis égal à moi-même, naturel, en toutes circonstances.	1	2	3	4	5
11.	Je suis à l'écoute de mes collègues, mes supérieurs ou mes subordonnés.	1	2	3	4	5
12.	Je suis curieux, je m'intéresse à toutes sortes de choses.	1	2	3	4	5
13.	Je peux faire la part des choses lorsque je suis confronté à des situations complexes.	1	2	3	4	5
14.	Je trouve mon travail excitant et j'ai envie d'en profiter.	1	2	3	4	5
15.	J'ai un équilibre entre mes activités professionnelles, familiales et personnelles.	1	2	3	4	5
16.	Je suis plutôt calme et posé.	1	2	3	4	5
17.	Je trouve facilement des solutions à mes problèmes.	1	2	3	4	5

18.	Je suis en bon terme avec mes collègues, mes supérieurs ou mes subordonnés.	1	2	3	4	5
19.	Je travaille avec modération, en évitant de tomber dans les excès.	1	2	3	4	5
20.	J'ai l'impression de vraiment apprécier mon travail.	1	2	3	4	5
21.	J'ai beaucoup d'humour, je fais facilement rire mes collègues, mes supérieurs ou mes subordonnés.	1	2	3	4	5
22.	Je suis bien dans ma peau, en paix avec moi-même.	1	2	3	4	5
23.	Je me sens en santé, en pleine forme.	1	2	3	4	5
24.	Je sais affronter positivement les situations difficiles.	1	2	3	4	5
25.	J'ai un bon moral.	1	2	3	4	5

Questionnaire Détresse Psychologique au Travail

Consigne : Indiquez la réponse qui correspond le mieux à ce que vous vivez dans votre milieu de travail.

Jamais	Rarement	La moitié du temps	Fréquemment	Presque toujours
1	2	3	4	5

Ces temps-ci, dans mon emploi :

1.	J'ai l'impression d'avoir raté ma carrière.	1	2	3	4	5
2.	Je suis agressif pour tout et pour rien.	1	2	3	4	5
3.	J'ai tendance à m'isoler, à me couper du monde.	1	2	3	4	5
4.	J'éprouve de la difficulté à faire face à mes problèmes.	1	2	3	4	5
5.	Je suis facilement irritable, je réagis plutôt mal ou avec colère aux commentaires qu'on me fait.	1	2	3	4	5
6.	Je n'ai plus le goût de faire quoi que ce soit de plus.	1	2	3	4	5
7.	Je me sens dévalorisé, je me sens diminué.	1	2	3	4	5
8.	Je suis en conflit avec mes collègues, mes supérieurs ou mes subordonnés.	1	2	3	4	5
9.	J'ai envie de tout lâcher, de tout abandonner.	1	2	3	4	5
10.	Je me sens triste.	1	2	3	4	5
11.	J'ai l'impression que personne ne m'aime.	1	2	3	4	5
12.	Je suis arrogant et même « bête » avec mes collègues, mes supérieurs ou mes subordonnés.	1	2	3	4	5
13.	Je manque de confiance en moi.	1	2	3	4	5
14.	Je me sens préoccupé, anxieux.	1	2	3	4	5
15.	Je perds patience rapidement.	1	2	3	4	5
16.	Je me sens déprimé, ou « down ».	1	2	3	4	5
17.	Je manque d'initiative en général, je suis moins fonceur.	1	2	3	4	5
18.	J'ai le sentiment d'être inutile.	1	2	3	4	5
19.	Je me sens désintéressé par mon travail.	1	2	3	4	5
20.	Je me sens mal dans ma peau.	1	2	3	4	5
21.	Je me sens stressé, sous pression.	1	2	3	4	5
22.	J'ai tendance à être moins réceptif aux idées (opinions) de mes collègues, mes supérieurs ou mes subordonnés.	1	2	3	4	5
23.	J'éprouve de la difficulté à me concentrer sur quoi que ce soit.	1	2	3	4	5

Questionnaire Climat Psychologique au Travail

Consigne : Les énoncés suivants concernent la façon dont vous êtes traités dans votre milieu de travail.

Tout à fait en désaccord	Assez fortement en désaccord	Un peu en désaccord	Un peu en accord	Assez fortement en accord	Tout à fait en accord
1	2	3	4	5	6

Indiquez la réponse qui correspond le mieux à votre réalité.

1.	Vous êtes traité avec respect et dignité.	1	2	3	4	5	6
2.	Vous êtes libre d'utiliser vos compétences comme bon vous semble.	1	2	3	4	5	6
3.	Vous pouvez développer votre potentiel au travail.	1	2	3	4	5	6
4.	Vous avez la marge de manœuvre nécessaire pour faire votre travail.	1	2	3	4	5	6
5.	On vous offre la possibilité de vous perfectionner.	1	2	3	4	5	6
6.	Vous comptez pour l'organisation.	1	2	3	4	5	6
7.	On vous incite à prendre des décisions lorsque cela vous concerne.	1	2	3	4	5	6
8.	Votre travail actuel vous permet de développer vos talents.	1	2	3	4	5	6
9.	Votre contribution est reconnue.	1	2	3	4	5	6
10.	Vous êtes libre d'exécuter votre travail selon votre jugement.	1	2	3	4	5	6
11.	On vous donne l'occasion d'utiliser pleinement vos habiletés.	1	2	3	4	5	6
12.	Vous vous sentez valorisé.	1	2	3	4	5	6
13.	Votre travail actuel est une source d'épanouissement.	1	2	3	4	5	6
14.	Vos droits comme employé sont considérés.	1	2	3	4	5	6
15.	Vous pouvez poursuivre les objectifs de performance que vous souhaitez.	1	2	3	4	5	6
16.	Des commentaires positifs sont utilisés pour vous inciter à travailler.	1	2	3	4	5	6
17.	Vous êtes libre d'agir à votre guise.	1	2	3	4	5	6

Questionnaire Intention de Quitter

Consigne : Quel est votre niveau d'accord avec les énoncés suivants :

Tout à fait en désaccord	Assez fortement en désaccord	Un peu en désaccord	Un peu en accord	Assez fortement en accord	Tout à fait en accord
1	2	3	4	5	6

		Je cherche activement un emploi...					
1.	Dans une autre unité (ou service, département, etc.)	1	2	3	4	5	6
2.	Dans un autre établissement (hôpital, CLSC, CHSLD, etc.)	1	2	3	4	5	6
3.	Dans une autre profession	1	2	3	4	5	6
		Je pense souvent à quitter...					
1.	Mon unité (ou service, département, etc.)	1	2	3	4	5	6
2.	Mon établissement (hôpital, CLSC, CHSLD, etc.)	1	2	3	4	5	6
3.	Ma profession	1	2	3	4	5	6
		Dès que je peux, je quitte définitivement...					
1.	Mon unité (ou service, département, etc.)	1	2	3	4	5	6
2.	Mon établissement (hôpital, CLSC, CHSLD, etc.)	1	2	3	4	5	6
3.	Ma profession	1	2	3	4	5	6

Questionnaire Leadership Authentique

Consigne : Les énoncés suivants concernent le style de leadership de votre supérieur immédiat tel que vous le percevez. Évaluez la fréquence à laquelle chacun des énoncés correspond au style de leadership de votre supérieur immédiat à l'aide de l'échelle suivante :

Jamais	De temps en temps	Parfois	Assez souvent	Fréquemment, sinon toujours
1	2	3	4	5

Mon supérieur immédiat :

1.	Dit exactement ce qu'il/elle pense.	1	2	3	4	5
2.	Admet ses erreurs lorsqu'il/elle en fait.	1	2	3	4	5
3.	Encourage tout le monde à dire ce qu'il pense.	1	2	3	4	5
4.	Dit la vérité sans détour.	1	2	3	4	5
5.	Exprime des émotions reflétant parfaitement ses sentiments.	1	2	3	4	5
6.	Manifeste des croyances qui correspondent à ses actions.	1	2	3	4	5
7.	Prend des décisions en fonction de ses valeurs fondamentales.	1	2	3	4	5
8.	Me demande de prendre des positions conformes à mes valeurs fondamentales.	1	2	3	4	5
9.	Prend des décisions difficiles en se fondant sur des normes d'éthique élevées.	1	2	3	4	5
10.	Sollicite des points de vue qui bousculent ses convictions les plus fermes.	1	2	3	4	5
11.	Analyse les données pertinentes avant de prendre une décision.	1	2	3	4	5
12.	Écoute attentivement les différents points de vue avant de prendre une décision.	1	2	3	4	5
13.	Sollicite du feedback afin d'améliorer ses relations avec les autres.	1	2	3	4	5
14.	Décrit avec précision comment les autres perçoivent ses capacités.	1	2	3	4	5
15.	Sait quand il est temps de réévaluer ses positions sur des questions importantes.	1	2	3	4	5
16.	Montre qu'il/elle comprend comment certaines actions affectent les autres.	1	2	3	4	5

Questionnaire Leadership Tyrannique

Consigne : Les énoncés suivants concernent le style de leadership de votre supérieur immédiat tel que vous le percevez. Évaluez la fréquence à laquelle chacun des énoncés correspond au style de leadership de votre supérieur immédiat à l'aide de l'échelle suivante :

Jamais	De temps en temps	Parfois	Assez souvent	Fréquemment, sinon toujours
1	2	3	4	5

Mon supérieur immédiat :

1.	Utilise son autorité ou son statut à des fins personnelles.	1	2	3	4	5
2.	Tire profit de son statut auprès des employés.	1	2	3	4	5
3.	S'attribue le crédit pour le bon travail réalisé par les autres.	1	2	3	4	5
4.	Blâme les autres pour ses propres erreurs.	1	2	3	4	5
5.	Dévalorise ou diminue ses employés.	1	2	3	4	5
6.	Exagère l'importance des erreurs et faiblesses de ses employés.	1	2	3	4	5
7.	Critique sévèrement ses employés qui font des erreurs.	1	2	3	4	5
8.	Est souvent mécontent de mon travail sans raison apparente.	1	2	3	4	5
9.	Se montre souvent critique à l'égard de mon travail, même si je le fais bien.	1	2	3	4	5
10.	Me réprimande souvent sans que je ne sache pourquoi.	1	2	3	4	5
11.	Me tient souvent responsable de choses sur lesquelles je n'ai pas de contrôle.	1	2	3	4	5
12.	Critique ses employés devant les autres.	1	2	3	4	5

Annexe 2 – Tableau V

Tableau V

Matrice corrélationnelle des variables à l'étude

Variable	Échelle	M	É-T	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Genre	1-2	1.1	0.31	1										
2. Âge	1-10	4.7	2.3	-.001	1									
3. Niveau de scolarité	1-4	2.6	1.1	-.006	.190****	1								
4. Bien-être psychologique	1-5	4	0.51	-.042	.071*	.080*	1							
5. Détresse psychologique	1-5	1.8	0.54	.035	.001	-.085*	-.750****	1						
6. Climat psychologique de travail	1-6	4.4	1	-.003	.061	.157****	.523**	-.528****	1					
7. Intention de quitter son unité	1-6	2.3	1.5	-.009	-.124****	-.091**	-.437****	.489**	-.495****	1				
8. Intention de quitter son organisation	1-6	2.3	1.5	.006	-.051	.006	-.441****	.483**	-.486**	.730**	1			
9. Intention de quitter sa profession	1-6	1.7	1.2	.019	-.016	-.108**	-.406****	.483**	-.429****	.463**	.495**	1		
10. Leadership Authentique	1-5	3.4	0.94	-.013	.065	.093**	.351****	-.303****	.548**	-.364****	-.334****	-.247****	1	
11. Leadership tyrannique	1-5	1.5	0.7	.006	.001	-.065*	-.298****	.336**	-.421****	.338**	.334**	.207**	-.582****	1

Note: *** Corrélation significative à $p < 0.001$ (test bilatéral).

** Corrélation significative à $p < 0.01$ (test bilatéral).

* Corrélation significative à $p < 0.05$ (test bilatéral).