



HAL
open science

Fidélisation des infirmières dans les organisations de santé

Miren De Rezola, Vincent Bouchet, Éric Brissot

► **To cite this version:**

Miren De Rezola, Vincent Bouchet, Éric Brissot. Fidélisation des infirmières dans les organisations de santé. Sciences de l'Homme et Société. 2022. dumas-03818626

HAL Id: dumas-03818626

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03818626>

Submitted on 2 Nov 2022

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
MOMA

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ POUR L'OBTENTION DU

MASTER 2 MANAGEMENT STRATEGIQUE DES ORGANISATIONS DE SANTE
Option « sanitaire »

**FIDELISATION DES INFIRMIERES DANS LES ORGANISATIONS DE
SANTE**

Présenté par :

Miren De Rezola – Vincent Bouchet – Eric Brissot

Jury :

Irène Georgescu, Directrice du Master, Professeur des Universités à
l'Institut Montpellier Management de l'Université de Montpellier,
Directrice du mémoire,

Pascale Courant, Consultante en Gestion Stratégique des Ressources
Humaines, Fondatrice du Cabinet Alidoro Consultants.

Année :

30 août 2022

Titre :

Fidélisation des infirmières dans les organisations de santé

Résumé :

Après deux ans de crise sanitaire relative au COVID 19, les directions d'établissements sont confrontées à des vagues de démissions, notamment du personnel infirmier, qui peuvent conduire à une altération de la qualité et de la continuité des soins, voire menacer la survie de certains services ou établissements. Dans ce contexte, la fidélisation des infirmières apparaît aujourd'hui comme un axe prioritaire pour les établissements de santé qui, par ailleurs, peinent à recruter. Il est aujourd'hui nécessaire de repenser les politiques de gestion des ressources humaines au sein des établissements afin de limiter ce phénomène dit de « grande démission », qui concerne le secteur sanitaire comme d'autres secteurs d'activité économique de notre pays.

Dès lors, l'objectif de notre travail était de démontrer en quoi l'empowerment structurel pourrait améliorer l'engagement au travail des infirmières et réduire leur turnover au sein des organisations de santé.

Nous avons pour cela mené une enquête nationale, auprès de 117 infirmières, dans différents établissements, au sein de différentes régions. Par ce travail, nous avons mis en évidence un impact direct de l'empowerment structurel sur l'engagement au travail ainsi qu'une influence négative de cet engagement sur l'intention de quitter les organisations de santé de la part des infirmières. De même, nos résultats permettent d'établir un lien indirect entre l'empowerment structurel et l'intention de quitter, via l'engagement au travail. Ces résultats confirment donc en partie les conclusions préalablement réalisées sur le même thème dans la littérature.

Du fait de ces résultats, il conviendrait alors de développer l'empowerment structurel et de favoriser l'engagement au travail des infirmières dans les établissements de santé, de manière à limiter leur fuite et le coût que cela peut représenter pour les organisations.

Mots-clés : Empowerment structurel ; Engagement au travail ; Intention de quitter ; Infirmières ; Organisation de santé.

Remerciements

Nous tenons à remercier toutes les personnes nous ayant aidé pour la réalisation de ce mémoire et plus particulièrement :

- Madame Irène GEORGESCU, Directrice du Master, Professeur des Universités à l'Institut Montpellier Management de l'Université de Montpellier, Directrice du mémoire, pour avoir accepté d'être notre directrice de Mémoire, pour ses enseignements et pour les conseils qu'elle nous a prodigués dans la réalisation de ce travail.
- Madame Pascale COURANT, Consultante en Gestion Stratégique des Ressources Humaines, Fondatrice du Cabinet Alidoro Consultants pour avoir accepté de faire partie du jury de notre mémoire ainsi que pour ses enseignements au cours de cette année qui ont facilité la réalisation de notre travail.
- L'ensemble de l'équipe pédagogique et administrative du CESEGH pour son accompagnement bienveillant tout au long de cette année universitaire.
- Nos Directeurs d'établissement respectifs pour nous avoir offert l'opportunité de suivre cette année de formation.
- Nos familles et amis pour leur soutien tout au long de l'année.

Sommaire

INTRODUCTION	1
I. État Actuel des connaissances théoriques en lien avec la rétention du personnel	4
A. Engagement au travail	4
1. Définition	4
2. Conséquences de l'engagement au travail	5
3. Antécédents de l'engagement au travail	7
4. Engagement et professions de santé	9
B. Job Demands-Ressources Model	11
1. Définition	11
2. Climat organisationnel	14
3. Ressources de travail	16
4. Ressources professionnelles	16
5. Ressources personnelles	17
a. Le concept de résilience	17
b. Le concept d'endurance	18
c. Le concept de la salutogénèse	19
6. Exigences du travail	21
C. L'empowerment	23
1. L'empowerment structurel	24
2. L'empowerment psychologique	26
3. L'empowerment appliqué aux infirmières	26
D. Intention de quitter et turnover	29
E. Liens établis entre les différents concepts théoriques mobilisés	30
1. Lien entre l'engagement au travail et l'intention de quitter	30
2. Lien entre l'empowerment structurel et l'engagement au travail	31
3. Lien entre l'empowerment structurel et l'intention de quitter	32

II. Identification des leviers pertinents pour favoriser la rétention des infirmiers et infirmières dans les organisations de santé34

A. Méthodologie de recherche34

B. Résultats37

1. Description de l'échantillon37

2. Résultats issus des analyses croisées38

3. Résultats concernant les hypothèses posées39

C. Discussion41

CONCLUSION53

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

Introduction

“Si on ne fait que déverser de l’argent sur l’hôpital public, c’est intéressant, mais si on ne réfléchit pas au système de santé, EHPAD compris, on sera à côté de la plaque. L’urgence, c’est de repenser et de revaloriser les métiers de l’hôpital, notamment les salaires des personnels intermédiaires, infirmières, aides-soignantes, en leur ouvrant aussi des perspectives de carrière.” Roselyne BACHELOT 5 avril 2020 L’Echo Républicain.

Le système de santé appartient au secteur économique tertiaire c’est à dire celui correspondant aux services. En France, la politique nationale de santé a pour objectif de garantir la sécurité et la qualité des soins délivrés à tous les citoyens, de la manière la plus égalitaire possible, sur l’ensemble du territoire national. Si le développement continu d’outils technologiques et l’émergence de nouvelles techniques de soins ainsi que de nouvelles solutions thérapeutiques peuvent faciliter l’atteinte des objectifs généraux fixés par la stratégie nationale de santé, l’efficacité de ce système repose avant tout sur la ressource humaine que représentent les professionnels de santé, médicaux et paramédicaux. De ce fait, la stabilité du système de santé dépend en grande partie des effectifs des professionnels de santé qui doivent être en adéquation avec les besoins de la population en matière d’offre de soins.

Aujourd’hui, les établissements de santé français sont confrontés à un double phénomène sur le plan des ressources humaines qui est d’une part un nombre important de démissions des personnels soignants, et d’autre part une difficulté de recrutement pour combler les postes vacants, ce qui pourrait à court terme être responsable d’une instabilité majeure de notre système de santé.

Si ce phénomène paraît marqué dans le secteur sanitaire, plusieurs autres secteurs économiques de notre pays, si ce n’est l’ensemble des secteurs, semblent connaître un phénomène similaire de fuite du personnel et de difficulté de recrutement. De même, au-delà de nos frontières, ce phénomène semble concerner plusieurs pays occidentaux dont les États-Unis où ce dernier a été identifié et défini comme la « *grande démission* ».

Dans le secteur sanitaire, cette tendance est perceptible depuis plusieurs années mais s’est nettement majorée depuis la crise sanitaire relative au COVID 19. En effet, cette dernière a nécessité un investissement majeur des professionnels dans les établissements de santé, les patients ayant contracté le COVID au cours de l’année 2020 relevant majoritairement de soins aigus hospitaliers.

Malgré la reconnaissance de l'intérêt de leur profession et de leur utilité par la société, manifestée notamment par des applaudissements dans les différentes villes de France au début de la crise du COVID, les soignants semblent lassés dans l'exercice de leur profession et nombre d'entre eux démissionnent actuellement. Si la majorité des démissionnaires s'orientent vers d'autres établissements, services de soins ou vers une activité libérale, il est inquiétant de constater que certains d'entre eux s'orientent vers d'autres secteurs d'activité, hors du soin.

Plusieurs raisons sont communément admises comme étant responsables de ces démissions. Sont notamment évoqués un manque de reconnaissance salariale, un manque de reconnaissance managériale, une surcharge de travail du fait d'une recherche de rentabilité et d'efficacité du système de santé toujours plus importante, un manque de temps pour accomplir leur mission première qu'est la délivrance de soins de qualité et dans un contexte sécuritaire, l'organisation du temps de travail induite avec des horaires décalés découlant de l'exigence de permanence des soins, ou encore une majoration constante des tâches administratives. La pluralité de ces causes semble responsable de l'émergence d'une perte de sens dans leur travail pour certains professionnels de santé.

Si ces démissions peuvent à première vue être liées à l'organisation et au vécu du travail en tant que tel, à tel poste ou dans telle entreprise, elles sembleraient également être en rapport avec une problématique sociétale plus profonde. En effet, cette fuite des professionnels de tout secteur semble refléter un changement de paradigme du rapport au travail dans la société, avec une évolution des mentalités sur ce point, en particulier pour les jeunes générations.

Le travail ne serait plus au centre des attentions et serait moins source d'identité pour un individu au sein d'une société. Les jeunes générations paraissent apporter plus d'importance aux loisirs, aux temps familiaux et à l'articulation vie professionnelle/vie privée quitte parfois à attacher moins d'importance à l'évolution de carrière et à la rémunération, ce qui doit inciter les entreprises à répondre à ces nouvelles attentes de leurs salariés.

Si ce phénomène semble généralisé à l'ensemble du secteur sanitaire, certains établissements sont actuellement moins impactés et paraissent plus efficaces quant à la rétention de leur personnel soignant. De même, certains établissements de santé semblent connaître moins de difficultés pour combler leurs postes vacants. Dès lors, nous pouvons

nous interroger sur les facteurs clés qui permettent à ces derniers de résister à cette tendance actuelle qui affecte de manière générale le monde du travail.

Aux États-Unis, dans les années 80, dans un contexte de fuite et d'abandon des professions de santé, des auteurs avaient constaté que certains établissements de santé avaient plus de facilité à retenir leur personnel en place et à attirer de nouveaux collaborateurs, notamment des infirmières et infirmiers¹. Ces établissements ont été qualifiés en 1983 de "*Magnet Hospital*", "*Hôpitaux magnétiques*", par Margaret McClure, professeure de sciences infirmière [1]. Ce type d'établissement, répondant aujourd'hui à un référentiel d'accréditation dédié, vise la fidélisation dans le temps d'un personnel performant afin d'assurer la qualité, la sécurité et la continuité des soins. Il s'agit dès lors d'assurer en son sein à la fois le bien-être et la qualité de vie au travail des soignants mais également la performance des soins. L'atteinte de ces objectifs s'appuie sur plusieurs forces "magnétiques", recensées dans le manuel MRP® [1][39], que sont : la qualité du leadership infirmier, la structure organisationnelle horizontale décentralisée au niveau des unités de soins, le management participatif, les politiques et programmes qui valorisent et respectent l'équilibre "vie professionnelle-personnelle", les modèles professionnels de soins, la qualité des soins excellente, un processus d'évaluation et d'amélioration continue, des ressources accessibles et des relations positives avec ses pairs et collègues, l'autonomie dans sa pratique professionnelle, les programmes extrahospitaliers et le lien hôpital-ville, les infirmiers reconnus comme enseignants et tuteurs, l'image positive des soins infirmiers, la relation interdisciplinaire collégiale et l'esprit d'équipe ainsi que l'accent mis sur le perfectionnement professionnel. Ces 14 facteurs ont été répartis en 5 composantes que sont : le leadership transformationnel, l'empowerment structurel, les pratiques professionnelles exemplaires, les améliorations, innovations et nouvelles connaissances et les résultats empiriques relatifs à la qualité des soins [1] [39].

Par ailleurs, la littérature scientifique internationale relate plusieurs facteurs pouvant favoriser la rétention du personnel, que ce soit dans les organisations de santé ou dans les entreprises d'autres secteurs d'activités. Ainsi, le climat organisationnel des entreprises, l'engagement au travail, les facteurs motivationnels ou encore la satisfaction au travail des collaborateurs sont rapportés comme pouvant réduire l'intention de quitter une organisation de la part de ces derniers.

¹ Afin de faciliter la lecture, nous évoquerons dans la suite de note mémoire l'ensemble des infirmiers et infirmières sous le terme unique d'« infirmières »

Riches de ces données issues de la littérature et des solutions rapportées de l'étranger tels que les hôpitaux magnétiques, et devant le constat actuel que certains établissements sanitaires, malgré le contexte, restent attractifs et favorisent la rétention des professionnels de santé, nous nous sommes demandés :

En quoi l'empowerment structurel pourrait améliorer l'engagement au travail des infirmières et infirmiers et réduire leur turnover dans les organisations de santé ?

Pour répondre à notre problématique, nous exposerons dans un premier temps l'état actuel des connaissances théoriques en lien avec la rétention des infirmières dans les établissements de santé puis nous développerons le travail de recherche initié.

Dans le cadre de cette recherche, nous décrirons la méthodologie de recherche mise en place ainsi que les résultats obtenus. Enfin, nous discuterons des résultats à la lumière de la revue de littérature préalablement réalisée à la recherche.

I. État actuel des connaissances théoriques en lien avec la rétention du personnel.

Nous nous intéresserons ici aux trois concepts clés en lien avec la rétention du personnel que sont l'engagement au travail, le Job Demands-Resources et l'empowerment.

A. Engagement au travail.

Nous allons ici nous intéresser à la définition de l'engagement au travail avant de nous intéresser plus particulièrement à ses conséquences puis à ses antécédents.

1. Définition :

L'engagement au travail, intitulé « *Work engagement* » dans la littérature anglo-saxonne, est une variable qui a été initialement définie par Shaufeli et al. en 2002 et a été reprise par Bakker et Demerouti en 2008 [2]. Ces auteurs l'ont défini comme étant un état d'esprit positif du travailleur, un épanouissement en lien avec le travail, associé à trois types de ressentis que sont l'absorption, la vigueur et le dévouement. [2] [3]

L'absorption est définie comme le fait d'être totalement concentré, d'être immergé de manière heureuse dans son travail et reflète le niveau d'intérêt du salarié pour son travail. La vigueur est le niveau d'énergie du travailleur, la capacité de résilience mentale, la volonté de s'investir dans son travail ainsi que la persistance dans la tâche malgré les difficultés rencontrées.

Enfin, le dévouement se rapporte au fait que les salariés font preuve d'enthousiasme, ont le sens de l'importance, sont fiers, inspirés et en quête de challenges dans l'exécution de leur travail.

L'engagement au travail est rapporté comme étant une variable de type motivationnelle qui peut influencer positivement les résultats d'une organisation. [4] Au vu de la littérature internationale, l'engagement au travail semble occuper une place essentielle du point de vue des ressources humaines dans l'entreprise et est par conséquent un élément clé pour atteindre des objectifs organisationnels. Cette variable semble en effet occuper une place centrale en étant à la fois une résultante induite par de nombreux facteurs, antécédents, en lien avec l'entreprise, l'environnement de travail et le salarié lui-même, et en même temps une source de conséquences, de résultats, à la fois pour le salarié mais aussi pour l'organisation dans laquelle ce dernier exerce sa profession.

Ainsi, comme l'expose le schéma en annexe (ANNEXE 1), de nombreuses variables gravitent autour de l'engagement au travail du salarié dans son organisation.

Avant d'aborder les antécédents qui favorisent l'engagement au travail, il est intéressant d'étudier ses conséquences et donc l'intérêt de l'induire chez les salariés de l'entreprise.

2. Conséquences de l'engagement au travail :

Slåtten et al. [4] rapporte en 2022 que l'engagement au travail des infirmières dans les hôpitaux publics en Norvège influe positivement sur la qualité des soins dispensés, favorise la satisfaction au travail de ses dernières, et réduit leur intention de quitter l'organisation par l'intermédiaire de la majoration de la satisfaction au travail. Mehrad et al., dans une revue de littérature de 2020 [5], exposent également que l'engagement au travail impacte de manière significative la productivité, le profit, les résultats de l'entreprise ainsi que la satisfaction des clients et permet de réduire l'intention de quitter l'entreprise de la part des employés. Sur le plan des conséquences de l'engagement au travail, Bakker et Demerouti rapportaient en 2008 [2] que les salariés engagés étaient plus performants, semblaient plus

à même d'aller plus loin dans le travail et étaient capables de fournir des efforts supplémentaires au sein d'une organisation. Ces auteurs évoquaient quatre raisons pouvant être responsables de cette majoration de performance chez le personnel engagé. Tout d'abord, ces salariés présentaient davantage d'émotions positives telles que la joie, l'enthousiasme et un désir constant d'exploration et d'acquisition de nouvelles connaissances. De même, ces employés semblaient être en meilleure santé et présentaient moins de troubles psychosomatiques. Ils étaient plus en capacité de mobiliser leurs ressources personnelles, fort d'un caractère optimiste et d'une plus haute estime de soi. Enfin, les salariés engagés avaient tendance à diffuser leur engagement et à communiquer leur optimisme autour d'eux, à leurs collègues, favorisant ainsi la performance de l'entreprise via l'effort combiné de l'ensemble des salariés. Dans cet article, si les auteurs insistent sur l'effet de l'engagement au travail sur la performance des individus et de l'entreprise, ils rapportaient également qu'il favorisait le bien-être des employés comme des organisations.

Une autre revue systématique [6], réalisée par Keyko et al. en 2016, recense également les résultats de l'engagement au travail, spécifiquement chez les infirmières dans les organisations de santé. Ils distinguaient 3 types de résultats : les résultats personnels, les résultats professionnels ainsi que les résultats concernant la performance et les soins. Sur le plan personnel, il est rapporté que l'engagement au travail permet de favoriser la satisfaction au travail, la satisfaction de carrière et le bien-être des infirmières. De même, il permet de réduire le risque de burnout et l'intention de quitter l'établissement ou le poste occupé. Concernant les résultats professionnels, l'engagement au travail est décrit comme réduisant l'intention de quitter le secteur de la santé. Enfin, l'engagement au travail, comme nous l'avons déjà évoqué précédemment, impacte positivement sur la performance de l'établissement et les soins par l'intermédiaire d'une amélioration de la qualité des soins, une réduction du nombre d'effets indésirables, une augmentation de la productivité, ainsi qu'une majoration de la satisfaction des patients quant aux soins dont ils ont bénéficié.

Enfin, concernant les conséquences de l'engagement au travail, l'étude de Amor et al., réalisée en 2021 [7], va dans le même sens que celles précédemment décrite avec la mise en évidence de l'influence positive de l'engagement au travail sur la performance de la tâche exécutée par le travailleur et sur la réduction de l'intention de quitter l'organisation.

Au total, nous constatons que l'engagement au travail a trois types de conséquences : Il influe sur la performance de l'organisation et la satisfaction des clients, il impacte

directement le salarié en favorisant sa satisfaction au travail et son bien-être, et enfin, il réduit l'intention de quitter l'organisation de la part du salarié.

Il semble donc primordial que les professionnels soient engagés au travail dans l'intérêt de l'entreprise. Pour y parvenir, de nombreux antécédents ou variables impactant positivement l'engagement au travail ont été mis en exergue dans la littérature scientifique.

3. Antécédents de l'engagement au travail :

Plusieurs facteurs, relatifs au travailleur ou à l'organisation dans laquelle il exerce son art, ont été rapportés comme favorisant l'engagement au travail.

Ainsi, Keyko et al., dans leur revue systématique de 2016 [6], ont identifié six catégories de facteurs influant l'engagement au travail que sont le climat organisationnel, la ressource de travail, les ressources personnelles ainsi que les ressources professionnelles du travailleur, les exigences induites par le travail et les variables démographiques. En dehors des variables démographiques, les cinq premières catégories citées sont relatives au modèle JD-R (« *Job Demands-Ressources* ») développé par Demerouti et al en 2001.

Parmi les ressources de travail sont retrouvées les relations sociales et interprofessionnelles au sein de l'entreprise ainsi que l'organisation du travail et son environnement. Sur ce point, Slåtten et al [4] ont mis en évidence en 2022, au sein d'une population d'infirmières, l'influence positive directe de la culture organisationnelle et du climat organisationnel sur l'engagement au travail. De même, ces derniers ont démontré que ces deux variables que sont le climat organisationnel et la culture organisationnelle impactaient positivement, par l'intermédiaire de l'engagement au travail, certaines conséquences de l'engagement au travail précédemment décrites que sont la satisfaction au travail et la qualité des soins. Il est à noter qu'Ancarani et al [3], en 2019, ont également mis en évidence l'impact positif du climat organisationnel sur l'engagement au travail dans le secteur de la santé.

Keyko et al [6] décrivent le climat organisationnel comme étant décomposé en deux variables, le leadership, lui-même composé du leadership authentique et du leadership transformationnel, et l'empowerment structurel, ce dernier ayant été décrit comme un facteur majeur d'engagement au travail.

Cette affirmation est confirmée par Amor et al [7] qui ont étudié l'impact de l'empowerment structurel et de l'empowerment psychologique sur l'engagement au travail. Ils concluaient

que l'empowerment structurel avait une influence positive directe sur l'engagement au travail et avait également un impact indirect via une variable intermédiaire qu'est l'empowerment psychologique.

L'empowerment psychologique est une variable de la catégorie des ressources personnelles. Ces dernières, essentiellement psychologiques, favorisent également l'engagement au travail. [2][6]

Par ailleurs, il est intéressant de constater que parmi les ressources liées au travail, Keyko et al [6] mettent en avant la notion de ressources professionnelles. Ces dernières ne sont pas directement liées à l'organisation mais plutôt au rapport du travailleur avec son corps de métier. Ainsi, pour les infirmières, il est question d'engagement au travail qui découlerait de l'identité professionnelle, de la satisfaction du statut professionnel, de la valeur portée aux soins ou encore de l'intérêt pour le soin. De même, l'autonomie dans l'exercice professionnel, l'environnement de la pratique du soin mais aussi la possibilité de se développer, de s'accomplir et d'être challengé professionnellement favorisent l'engagement au travail.

Au total, les ressources de travail ou personnelles favorisent toutes deux l'engagement au travail, que ce soit de manière combiné ou indépendante [2].

Au contraire des ressources liées au travail ou à l'individu, les exigences et les contraintes induites par le travail peuvent réduire l'engagement au travail. Ainsi, un environnement de travail défavorable ou une contrainte organisationnelle tel que le travail de nuit auront tendance à diminuer l'engagement au travail [6]. Cependant, il est à noter que Bakker et Demerouti [2] indiquent que les ressources liées au travail et personnelles influent d'autant plus positivement l'engagement au travail que les contraintes liées au travail sont importantes.

La dernière catégorie de variables décrite par Keyko et al. [6] concerne les variables démographiques. Les auteurs exposent le fait que le temps d'expérience de soins et le temps passé en service de soins aigus ou en milieu rural influent positivement sur l'engagement au travail. Le temps passé en unité de soins standard ne semble pas impacter ce dernier. Il en est de même pour l'âge, le sexe et le niveau d'éducation des infirmières.

Enfin, au-delà de ces six catégories de variables, certains auteurs ont mis en évidence l'influence de la motivation sur l'engagement au travail.

En effet, Diraksa Putra et al.[8], en 2017, ont étudié l'influence des motivations intrinsèque et extrinsèque sur l'engagement au travail. La motivation intrinsèque est en rapport avec l'individu, elle est intangible et dépend de facteurs tels qu'un travail intéressant et/ou challengeant, un travail porteur de sens, qui offre des opportunités d'apprentissage et une certaine autonomie ou responsabilité. A l'inverse, la motivation extrinsèque est relative à des facteurs indépendants de l'individu parmi lesquels peuvent être cités la rémunération financière, les avantages sociaux ou encore la sécurité de l'emploi. Les résultats de cette étude mettaient en évidence le fait que la motivation intrinsèque tout comme la motivation extrinsèque influencent chacune indépendamment sur les trois variables de l'engagement au travail que sont l'absorption, le dévouement et la vigueur. Cependant, lorsque les deux types de motivation étaient étudiés conjointement quant à leur influence sur l'engagement au travail, seule la motivation intrinsèque majorait de manière significative ce dernier, mettant en avant son rôle prépondérant par rapport à la motivation extrinsèque sur ce point.

Au total, de nombreux facteurs, liés au travail, à l'organisation ou à l'individu, permettent d'induire ou de favoriser l'engagement au travail. Parmi ces derniers, une majorité est en rapport avec le modèle JD-R (Job Demands Ressources) qui sera davantage développé dans une seconde partie.

4. Engagement et professions de santé :

Nous nous sommes attardés jusqu'ici sur la variable ciblée par notre problématique qu'est le concept d'engagement au travail. Cependant, les définitions de l'engagement sont multiples et ne se limitent pas à ce seul concept, notamment dans le cadre de l'exercice professionnel.

De manière générale, l'engagement est défini dans le Larousse comme étant un « Acte par lequel on s'engage à accomplir quelque chose ; promesse, convention ou contrat par lesquels on se lie », comme l' « *Action d'engager quelqu'un, de l'employer, de louer ses services ; embauchage.* », ou encore « *Pour les existentialistes, acte par lequel l'individu assume les valeurs qu'il a choisies et donne, grâce à ce libre choix, un sens à son existence.* ».

Dans le cadre de l'exercice professionnel, au-delà de l'engagement au travail, nous pouvons retrouver d'autres types d'engagement tels que l'engagement organisationnel ou encore l'engagement professionnel.

Malgré le fait que ces deux notions ne soient pas ciblées par notre problématique, il nous est apparu pertinent de nous attarder sur la notion d'engagement professionnel du fait de la population professionnelle ciblée par notre problématique, c'est à dire les infirmières des organisations de santé. En effet, si notre problématique porte sur l'engagement au sens de l'engagement au travail que nous venons de développer, il est intéressant de souligner le fait qu'au-delà d'être en lien avec un poste de travail ou encore l'établissement où exerce le professionnel, l'engagement dans le travail des infirmières peut également être en lien avec l'engagement professionnel de manière plus large, en rapport avec la profession exercée.

Cet engagement professionnel a été défini en 1993 par Jean Marie De Ketele comme étant « *l'ensemble dynamique des comportements qui, dans un contexte donné, manifestent l'attachement à la profession, les efforts consentis pour elle ainsi que le sentiment du devoir vis-à-vis d'elle et qui donnent sens à la vie professionnelle au point de marquer l'identité professionnelle et personnelle* » [9]. Il fait remarquer que les différentes composantes de sa définition « *interagissent étroitement* » et sont « *fortement liées aux comportements de reconnaissance manifestés dans le milieu professionnel et la façon dont ils sont perçus par le professionnel* ».

Hsu et al. [10] rapportent eux dans leur étude que l'engagement professionnel ("professional commitment" en anglais) dans le secteur du soin a été défini en 1992 par Gardner. Ce dernier décrivait l'engagement professionnel comme étant l'intention de construire une carrière professionnelle selon un processus dynamique tout au long de la vie. Dans cette même étude est également rapporté que, selon Lachman et Aranya en 1986, l'engagement professionnel est composé de trois caractéristiques que sont : la croyance et l'acceptation d'objectifs professionnels et de valeurs ; La volonté de déployer des efforts considérables au nom de la profession ; Un fort désir de maintenir l'adhésion professionnelle. Enfin, il est également décrit dans cette étude que l'engagement professionnel "inclus les préoccupations professionnelles, l'implication, la loyauté, les relations, la reconnaissance, les croyances, l'éthique, la satisfaction interne, l'évolution professionnelle et l'implication au travail".

L'engagement professionnel semble donc être un engagement "*métier*" que l'on peut penser prépondérant chez les personnels soignants tels que les infirmières. Eve Rigoulot, psychologue, rapportait en 2013 [11] qu'il existait dans cette catégorie professionnelle, trois types d'engagement que sont l'engagement dans la profession, l'engagement au sein d'un établissement et enfin l'engagement dans la relation de soin.

Cette dernière écrivait que si *“l’engagement impliquerait un attachement partant de soi pour aller vers l’autre, une forme de dépendance affective et émotionnelle induisant les notions d’enthousiasme et de plaisir”*, il *“ne serait possible, au-delà d’une certaine durée, que parce qu’il est partagé avec d’autres professionnels ayant les mêmes valeurs”*.

Cela nous renvoie à la notion de corporation et d’identité professionnelle. Avant de s’engager dans une organisation, il semble que l’infirmière s’engage avant tout dans sa profession, dans une démarche de quête de sens et selon une approche altruiste, dans le but d’établir une relation de soin avec les patients, d’apporter son aide à autrui, de soigner.

Véronique Haberey-Knuessi rapporte d’ailleurs en 2013 [12] le lien entre l’engagement et la perspective relationnelle. Elle relate également le fait que Bobineau décrivait en 2010 l’engagement comme *“une manière de donner un sens à sa vie”* qui se traduit par un sentiment d’utilité des infirmières auprès de leurs patients. Cependant ce dernier alertait sur le fait que cet engagement était aujourd’hui plus limité dans le temps et dans l’espace, avec de manière générale une moindre implication dans la communauté professionnelle et d’avantage d’individualisme de la part des soignants.

B. Job Demands-Resources Model.

Nous allons ici nous intéresser plus en détail à la définition du Job Demands-Ressources Model que nous avons déjà évoqué, avant de développer plus particulièrement les notions de climat organisationnel, de ressources de travail, de ressources professionnelles, de ressources personnelles et pour terminer d’exigences du travail.

1. Définition :

Le modèle du Job Demands-Ressources (JD-R) est apparu dans la littérature anglaise en 2001 [13] pour ensuite s’appliquer au niveau international, que cela soit par l’intermédiaire d’études empiriques ou encore par l’intermédiaire d’organismes gouvernementaux.

Le modèle du JD-R est né dans le cadre d’une psychologie dite positive qui s’intéresse aux forces de l’être humain et à son fonctionnement optimal. Il a initialement été créé afin de comprendre les origines de l’épuisement professionnel.

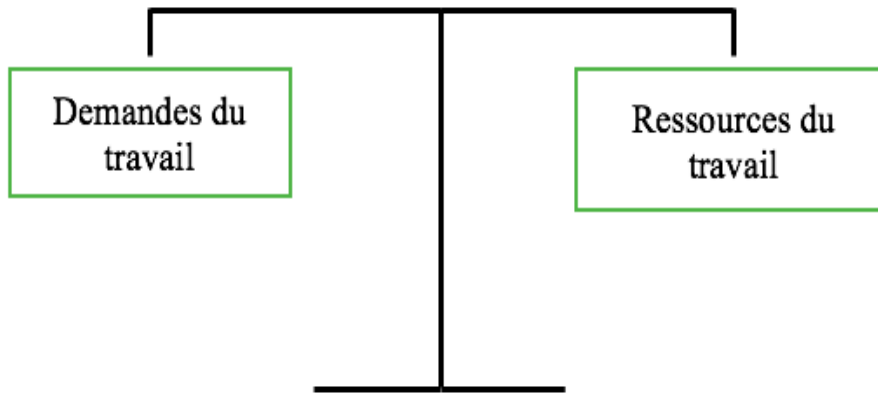
Selon ce modèle, l'environnement de travail peut toujours se diviser en deux catégories générales que sont d'un côté les exigences de l'emploi et de l'autre les ressources de l'emploi.

Les exigences ou demandes de l'emploi (en anglais "*job demands*") renvoient aux contraintes, qu'elles soient physiques, psychologiques, organisationnelles ou encore sociales. Elles peuvent être source de tension et de stress et peuvent même mener à l'épuisement professionnel. Parmi ces exigences, on peut par exemple retrouver la forte pression au travail ou encore les mauvaises conditions environnementales [14]. Les exigences de l'emploi sont pour BAKKER des prédicteurs de l'épuisement professionnel [15]. En effet, lorsqu'elles sont trop importantes, elles sont à l'origine de l'épuisement professionnel.

Les ressources de l'emploi permettent quant à elles d'atteindre les objectifs du travail et/ou de réduire les exigences du travail par le biais de facteurs physiques, psychologiques, organisationnels ou sociaux. Elles peuvent être source d'engagement au travail lorsqu'elles sont disponibles ou au contraire d'épuisement professionnel lorsqu'elles sont manquantes. On retrouve parmi ces ressources le salaire, la clarté des rôles, la participation à la prise de décision[14]. Les ressources de l'emploi sont selon BAKKER des prédicteurs de l'engagement professionnel [15]. Ainsi, lorsqu'elles manquent, elles entraînent un désengagement des individus.

DEMEROUTI a démontré en 2003 que les exigences élevées comme par exemple une surcharge de travail et des ressources limitées réduisent la motivation des salariés et entraînent un épuisement professionnel quel que soit la profession exercée. Elle a également démontré que des ressources professionnelles insuffisantes empêchent l'atteinte des objectifs de travail, ce qui peut causer des échecs et de la frustration et entraînent une perte de motivation ou d'engagement. [15].

Le modèle JD-R est un modèle d'équilibre qui peut, en résumé, être schématisé sous forme de balance (cf schéma ci-dessous). Un plateau représenterait les demandes du travail et l'autre plateau représenterait les ressources du travail.



Trois situations peuvent alors être analysées.

Dans une première situation, la balance penche du côté des demandes. Cela signifie que les demandes sont plus importantes que les ressources. Dans ce cas, apparaissent des tensions professionnelles. C'est une situation qui génère des conséquences négatives sur les individus.

Dans une deuxième situation, la balance penche du côté des ressources. Ici les ressources sont plus importantes que les demandes. Le travail va ici devenir source d'ennui pour les individus car les demandes seront moins comparées aux ressources.

Enfin, dans une troisième situation, les demandes et les ressources sont équilibrées. Dans cette hypothèse, les individus sont satisfaits et donc s'engagent dans leur travail.

Le modèle du JD-R étant très flexible, il a été adapté à une multitude de professions dont celle d'infirmière qui nous intéresse tout particulièrement dans le cadre de notre mémoire. KEYKO et al., en 2016, le qualifie alors de Nurse JD-R [6]. Ce modèle met en avant l'influence des ressources sur l'engagement au travail des infirmières. Ainsi il constate que la formation a une incidence toute particulière sur l'engagement. Il met également en avant l'influence du leadership sur l'engagement des infirmières. Par ailleurs, les cadres de santé ont un rôle tout particulier à jouer puisque, de leur façon de « manager », découlera un engagement plus ou moins important des équipes soignantes.

2. Climat organisationnel :

Le climat est défini par le Larousse comme étant l' "ensemble des conditions de vie, des circonstances qui agissent sur quelqu'un ; milieu, ambiance, contexte". C'est une notion qui peut évoluer dans le temps, elle est donc dite dynamique.

Comme indiqué par FOUCHER et SOUCY [16], le climat organisationnel est une composante interne propre à chaque entreprise ayant un impact sur la satisfaction et la productivité des personnes. Les auteurs ne s'étant pas accordés sur une définition unique, il existe une multitude de façons de le caractériser.

Ainsi le concept de climat organisationnel est né dans les années 30's avec LEWIN, LIPPITT et WHITE via une étude concernant le climat social d'un groupe de jeunes hommes. BRUNET et SAVOIE [17] rapportent que quelques années plus tard, dans les années 50's, LEWIN qui faisait une étude sur des écoliers a formulé l'équation suivante :

$$C = f(P \times E)$$

Selon cette équation le comportement (C) est fonction de la personne (P) en interaction avec l'environnement (E) dans lequel elle se trouve. Ainsi pour LEWIN, le comportement de la personne est déterminé par sa personnalité et par l'environnement qui l'entoure.

Dans les années 70's plusieurs auteurs, dont JAMES et JONES [18], ont tenté d'éclaircir la notion de climat organisationnel. Pour ce faire, ils ont effectué une comparaison de l'ensemble des travaux portant sur le climat organisationnel effectués dans les précédentes décennies et ont identifié trois approches différentes permettant de le mesurer. Il s'agit de l'approche structurelle, de l'approche psychologique et de l'approche perceptive.

FOUCHER et SOUCY [16] rapportent que plusieurs auteurs ont adopté l'approche structurelle. Ainsi en 1964, FOREHAND et GILMER se sont appuyés sur cette approche pour définir le climat organisationnel comme étant "l'ensemble des caractéristiques qui permettent de distinguer une organisation d'une autre, il est permanent et il influence le comportement des individus". Cette vision a également été adoptée par SCHNEIDER en 1973. Quelques années plus tard, JAMES et JONES, se basant également sur cette approche, ont défini le climat organisationnel comme étant "un ensemble d'attributs mesurables par des méthodes objectives". Ces caractéristiques sont par exemples la taille de l'organisation ou encore l'aménagement physique de l'organisation.

Selon l'approche perceptive il y a un lien entre l'environnement et son appréhension par l'individu. Cette approche postule le fait que les personnes sont influencées par leurs perceptions et par la signification qu'ils donnent aux caractéristiques organisationnelles. FOUCHER et SOUCY [16] rapportent qu'en 1970, CAMPBELL et al. se basant sur cette approche ont défini le climat organisationnel comme étant *"un ensemble d'attributs qui se reflètent dans la façon dont une organisation entre en relation avec ses membres et son environnement"*. FOUCHER et SOUCY [16] continuent en précisant que quelques années plus tard, PRITCHARD et KARASICK, s'intégrant à cette approche ont défini le climat organisationnel comme étant *"la qualité relativement stable dans le temps, de l'environnement interne d'une organisation, qui résulte des comportements et des politiques des membres de l'organisation, spécifiquement les cadres supérieurs, qui est perçue par les membres de l'organisation, qui sert de base pour interpréter la situation et qui oriente les activités"*.

Enfin FOUCHER et SOUCY [16] rapportent que pour REICHERS et SCHNEIDER, cette conception est la plus représentative de la notion de climat organisationnel. Il est toutefois intéressant de noter que plusieurs critiques ont été formulées à son égard. La première d'entre elles concerne l'utilisation de la perception qui est définie par le LAROUSSE comme étant l'*"idée, la compréhension plus ou moins nette de quelque chose par un individu"*. C'est ici l'individu, dans sa subjectivité, qui est au centre de l'approche alors que l'on souhaite se concentrer sur l'organisation.

La deuxième critique qui a été émise par JAMES et JONES en 1974 [18] concerne les dimensions prises en compte dans le cadre de l'approche perceptive. En effet, Elles sont, à leur sens, hétérogènes par manque de critères objectifs qui permettent d'inclure ou non ces dernières. FOUCHER ET SOUCY [16] nuancent ces critiques en précisant que l'approche perceptive permet de fournir des renseignements complémentaires à ceux récoltés aux moyens d'outils objectifs.

Pour terminer, Samassekou [19] rapporte que pour Bloom la conception psychologique stipule que le climat *"comprend les perceptions collectives, les attitudes, les croyances et les valeurs des individus dans un environnement de travail particulier"*. Ce qui est ici pris en compte, ce sont les opinions des individus. Elles sont à l'origine des comportements des travailleurs.

KEYKO et al, en 2016 [6], se sont intéressés à la notion de climat organisationnel pour la profession d'infirmière. Ils ont pu ainsi préciser que le climat organisationnel comportait à la

fois le leadership transformationnel et l'empowerment structurel. Cette dernière notion d'empowerment structurel étant une variable ciblée par notre problématique, elle sera développée ultérieurement dans cette première grande partie de notre mémoire.

3. Ressources de travail :

Les ressources de travail peuvent être d'ordre interpersonnelles ou découler des tâches à effectuer. Elles peuvent également provenir de caractéristiques liées aux connaissances, de caractéristiques sociales, de caractéristiques liées au contexte.

Les caractéristiques liées aux tâches concernent la façon dont le travail est accompli. Parmi ces dernières nous allons par exemple retrouver l'autonomie, ou encore la diversité des tâches.

Les caractéristiques liées aux connaissances font entre autres référence aux types de compétences, à l'expérience, à la diversité des compétences ainsi qu'à la résolution des problèmes.

Parmi les caractéristiques sociales, nous allons trouver le soutien social ou les interactions externes.

Enfin les caractéristiques liées au contexte sont celles en lien avec l'environnement de travail. On retrouve ici l'ergonomie ou encore les conditions de travail.

4. Ressources professionnelles :

Les ressources professionnelles sont des ressources externes qui permettent aux individus d'atteindre leurs objectifs professionnels. Lorsqu'elles se trouvent au niveau de l'organisation, on les qualifie d'organisationnelles. On retrouve parmi ces derniers l'autonomie, la cohérence dans les activités, la participation à la prise de décision, la variété des tâches, les possibilités d'évolution ou encore la rémunération.

Selon KEYKO et al. [6] les ressources professionnelles les plus couramment rencontrées dans la profession d'infirmière sont l'environnement de travail, l'autonomie, l'identité et le rôle ainsi que la formation.

L'autonomie est définie dans le Larousse comme étant la « *Capacité de quelqu'un à être autonome, à ne pas être dépendant d'autrui* ». Elle joue selon KEYKO et al. un rôle positif dans l'engagement des infirmières.

L'environnement du travail renvoi au milieu dans lequel exerce l'infirmière. KEYKO et al. rapportent que pour WANG et LIU en 2013, il constituait un prédicteur de l'engagement au travail.

L'identité et le rôle font quant à eux référence au statut professionnel, au respect de la profession, à la passion pour le métier et à l'intérêt pour le métier. KEYKO et al rapportent que pour WANG en 2010 ils étaient liés de façon positive à l'engagement au travail.

Enfin la formation est également selon WANG un influenceur de l'engagement professionnel.

5. Ressources personnelles :

Les ressources personnelles sont des ressources propres à la personne qui sont liées à sa structure cognitive, son vécu, son expérience ou sa personnalité. Plusieurs concepts s'intéressent aux ressources personnelles. Nous allons ainsi étudier ici le concept de résilience, le concept de l'endurance ainsi que le concept de la salutogénèse.

a. Le concept de résilience :

La résilience est définie par le Larousse comme étant l'aptitude d'un individu à se construire et à vivre de manière satisfaisante en dépit des circonstances traumatiques. C'est une notion ancienne qui est apparue dans la médecine chinoise traditionnelle. Elle désignait alors la faculté pour un système vivant de se régénérer.

Plus récemment, la notion de résilience a été utilisée dans le secteur de la physique pour désigner la résistance d'un matériau aux chocs.

Le concept de résilience a été développé dans le champ de la psychologie par WERNER [20]. De ses études sur des enfants issus des rues de la ville d'Hawaï et agressés physiquement et sexuellement, elle a conclu que les 28% qui avaient réussi à étudier et

fonder une famille avaient une certaine capacité à surmonter les traumatismes. Elle a qualifié ces enfants de résilients.

En France et dans les pays francophones, le concept de résilience a été développé par Boris Cyrulnik. Il s'est pour cela basé sur les travaux de John BOWLBY, sur la théorie de l'attachement, sur les travaux sur le stress ainsi que sur le coping et le milieu de la psychologie de la santé. Selon CYRULNIK [21], il est possible d'apprendre de ses souffrances. Pour ce dernier, la résilience est « *la capacité à se développer dans des circonstances particulièrement difficiles* ». Il précise qu'une personne peut surmonter une situation de stress ou un événement traumatisant grâce à une force intérieure, cette dernière lui permettant de rebondir et d'aller de l'avant. Selon BOUTERFAS, DESRUMAUX, LEROY-FREMONT et BOUDENGHAN [22], dans le contexte de travail, la résilience est « *une tendance à se ressaisir après des événements stressants et à reprendre ses activités avec plus de force et de succès* ». La personne va ici utiliser des capacités, des ressources qui lui sont propres pour affronter et surmonter les événements stressants ou traumatisants qu'il peut rencontrer dans le cadre de son travail.

b. Le concept de l'endurance :

L'endurance ("Hardiness" en anglais) est un trait de la personnalité décrit pour la première fois par KOBASA en 1982. Il comporte selon ce dernier trois aspects. Le premier est celui de l'engagement, c'est-à-dire de l'implication. L'engagement au travail est défini par MEYER et ALLEN [23] comme étant « *un état psychologique qui caractérise la relation de l'employé à son organisation et qui a des effets sur la décision de rester ou de ne plus rester membre de l'entreprise* ». Ils ont identifié trois natures d'engagement qui coexistent chez les individus. L'engagement affectif qui se définit comme étant un attachement à l'organisation. L'individu reste dans l'entreprise parce qu'il le désire. L'engagement calculé qui est en lien avec les coûts que pourraient entraîner un abandon de l'activité. On est ici dans le cadre d'un engagement par défaut, le salarié reste car il est obligé. Enfin l'engagement normatif qui a pour origine le sentiment de réciprocité qu'a une personne envers son employeur. L'individu reste car il se sent obligé, il a une attitude de loyauté. Outre l'engagement, l'endurance comporte un autre pan qui est celui du contrôle. L'individu est certain qu'il peut influencer et maîtriser des événements. La personne croit ici avoir un pouvoir sur ce qui arrive. Enfin le dernier pan de l'endurance est celui du défi. Ici le changement est perçu par l'individu comme une opportunité de développement personnel.

Comme le font remarquer TARQUINIO et AUXEMERY [24], l'ensemble de ces caractéristiques permettent à l'endurance de favoriser des stratégies de coping ayant un rôle protecteur dans les situations stressantes. Les stratégies de coping sont définies par Lazarus et Folkman [25] comme étant « *l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux toujours changeants que déploie l'individu pour répondre à des demandes internes et/ou externes spécifiques, évaluées comme très fortes et dépassant ses ressources adaptatives* ». Plus simplement ce sont des stratégies pour faire face à un événement, ce sont des stratégies d'adaptation ou d'ajustement. On peut retrouver parmi elles l'humour qui est une façon de mettre de la distance avec une situation, la réinterprétation positive qui a pour but de gérer la détresse émotionnelle, le coping actif par lequel la personne essaye de mettre un terme à la situation stressante ou d'en diminuer ses effets.

c. Le concept de la salutogénèse :

La salutogénèse ,aussi appelée protection, est un concept développé dans le domaine de la santé mentale positive. Il est né du travail d' ANTONOVSKY [26] portant sur les effets de la ménopause chez les femmes israéliennes ayant survécu aux camps de concentration durant la seconde guerre mondiale. Il s'est attaché à chercher ce qui était à l'origine de la santé et non pas à ce qui était à l'origine de la maladie. Ainsi selon Antonovsky, la salutogénèse signifie « *qu'on s'intéresse en premier lieu aux causes et aux conditions de la santé. On s'éloigne ainsi du paradigme classique de pathogénèse qui, lui, est orienté sur la maladie. L'accent n'est plus mis sur les facteurs de risque mais sur les ressources dont dispose l'être humain pour préserver et développer sa santé* ». Il a essayé, au travers de ce concept, de comprendre comment des individus arrivaient à combattre les sources de stress de leur environnement, de savoir ce qui permet à une personne de rester en bonne santé. Pour ce faire il s'est intéressé aux ressources permettant de résister aux facteurs de stress. Ses travaux lui ont permis d'identifier des caractéristiques communes aux personnes qui restent en bonne santé malgré des événements de vie difficiles et des situations de stress. Il a appelé cette caractéristique « *le sens de la cohérence* » et la « *Ressource de Résistance Générale* ».

Le sens de la cohérence a été défini par ANTONOVSKY [26] en 1987 comme étant « *une orientation globale qui exprime une résistance persuasive, un sentiment dynamique de confiance et le sentiment que les stimuli provenant des environnements externes et internes sont structurés, prévisibles et explicables ; les ressources sont disponibles pour faire face aux demandes posées par ces stimuli, ces demandes sont des défis dignes d'un investissement et d'un engagement* ». C'est une caractéristique personnelle qui permet de

concevoir le monde de façon compréhensible. La définition d'ANTONOVSKY s'appuie sur trois éléments. Le premier élément est la compréhension. Il permet de ne pas subir des situations imprévisibles qui peuvent être chaotiques. L'individu comprend les événements de la vie quotidienne et les ordonne de manière compréhensible. Il a une perception structurée des événements. Le second élément est le contrôle. Il renvoie au fait d'avoir la conviction de pouvoir gérer, de pouvoir résoudre les événements, les problèmes rencontrés. Enfin le troisième élément, le sens, correspond au fait d'avoir le sentiment profond que la vie a un sens, qu'elle a une signification.

Selon ANTONOVSKY lorsque le sens de la cohérence est élevé, la personne est prédisposée à voir la vie de façon positive et de ce fait à donner des réponses adaptées aux situations de tensions qu'il peut rencontrer. A l'inverse, lorsque le sens de la cohérence est bas, la personne est prédisposée à voir la vie de façon négative et par conséquent donne des réponses inadaptées aux situations de tensions qu'elle ne peut de ce fait résoudre. Ce modèle a toutefois été tempéré par ANTOVOVSKY lui-même et SAGY en 1986 [27]. Ils ont en effet constaté qu'une personne avec un sens de la cohérence élevé pouvait se retrouver désemparer face à des situations de stress importantes.

Aussi, ANTONOVSKY [28] a développé la notion de ressource de résistance généralisée qu'il a défini comme étant « *la propriété d'une personne qui, de toute évidence, a une facilité à faire face avec succès aux stressors de l'existence humaine. [...] Ce qui est commun aux GRRs (ressource de résistance généralisée), c'est que les expériences stimulantes de la vie aident à se fabriquer cognitivement, instrumentalement et émotionnellement un sens du monde. [...] Ces stimuli qui assaillent nos environnements externes et internes sont perçus comme des informations et non comme des bruits psychologiques. [...] Les fils de la pensée mènent à l'émergence du sens de la cohérence (SOC) ou une orientation généralisée vers le monde qui est perçu comme compréhensible, maniable et significatif* ». Ces ressources sont constituées des caractéristiques d'une personne qui lui permettent de faire face de façon efficace à des situations de stress et qui contribuent à développer le niveau de sens de la cohérence. Elles peuvent entre autre être la connaissance, l'intelligence, l'égo, les stratégies d'adaptation. Comme l'a fait remarquer ANTONOVSKY en 1987 [26], ces ressources proviennent généralement des expériences de vie. Il dit d'ailleurs à ce sujet que les ressources de résistance généralisée font référence à « *des phénomènes qui procurent un ensemble d'expériences de vie caractérisées par la cohérence, la participation à l'établissement de résultats et un équilibre de la surcharge de*

charge ». Ces ressources dites personnelles vont permettre à l'individu de faire face aux situations de stress en y apportant des réponses adaptées et efficaces.

6. Exigences du travail :

Les exigences sont définies par le Larousse comme étant « *ce qui est commandé par les circonstances, la nature, la satisfaction des besoins, les lois, la morale, etc.* » Ce sont en d'autres termes des impératifs, des nécessités voire des contraintes.

SCHAUFELI et BAKKER [29] définissent les exigences du travail ("*Job Demands*" en anglais) comme étant « *les aspects physiques, psychologiques, sociaux ou organisationnels de l'emploi qui nécessitent un effort physique et/ou psychologique soutenu et qui sont donc associés à certains coûts physiologiques et/ou psychologiques.* ». Ils soulignent que les exigences du travail n'ont pas toujours des conséquences négatives. Toutefois lorsque c'est le cas, l'individu, pour y répondre, doit fournir des efforts importants générant des coûts eux aussi non négligeables. Ces coûts, in fine, ont pour conséquence des réactions négatives du travailleur comme la dépression, l'anxiété ou encore l'épuisement professionnel. Ces exigences peuvent être de trois ordres : physiques, psychologiques ou encore organisationnelles. Elles renvoient à ce qui doit être fait.

Les exigences physiques vont correspondre à tout ce qui a trait à des tâches physiques ou en lien avec l'environnement de travail. Les métiers les plus concernés par ce type d'exigences sont les métiers manuels, notamment les métiers du bâtiment ou encore les métiers agricoles. Nous pouvons donner comme exemple les odeurs, le bruit, les vibrations ou les conditions climatiques.

Les exigences psychologiques vont correspondre, quant à elles, à toutes les pressions psychologiques exercées sur le psychisme du travailleur. Parmi ces dernières, on peut citer les exigences émotionnelles qui sont définies par l'INRS (Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles) comme étant "*la nécessité de maîtriser ses propres émotions, de les cacher ou de les simuler.*" On retrouve ce type d'exigence principalement dans les métiers du soin où les équipes soignantes doivent paraître de bonne humeur et/ou souriantes quelque soit la situation à laquelle elles sont confrontées. De manière plus large, nous pouvons donner comme exemple d'exigences psychologiques le contrôle et le rythme de travail, le style de management, ou encore la violence interne et externe au travail.

Enfin, les exigences organisationnelles sont relatives à l'organisation de l'entreprise. On retrouvera ici par exemple le travail de nuit, les horaires de travail atypiques, le travail isolé, l'intérim, ou la sous-traitance.

Il est à noter que les exigences varient d'un métier à un autre. Ainsi dans le cas de la population ciblée par notre mémoire que sont les infirmières, il y a deux types d'exigences. Les premières sont d'ordre général et peuvent être retrouver dans tous les métiers. Elles sont, comme vu précédemment, d'ordre psychologique, physique ou organisationnel. Les secondes sont spécifiques au métier d'infirmières. Parmi ces dernières, on retrouve pour les exigences organisationnelles la charge de travail, la pression du temps ou encore les interruptions de tâches. La charge de travail renvoie au volume de travail. En effet, nous constatons que le nombre d'infirmières ne cesse de diminuer alors que le nombre de patient pris en charge reste inchangé voire augmente. La pression du temps correspond de son côté au fait de ne pas avoir assez de temps pour effectuer les soins, ce qui entraîne des conséquences sur la perception qu'a le patient de sa prise en charge. L'interruption de tâche, quant à elle, est un sujet récurrent dans les services de soins. Elle est définie par la Haute Autorité de Santé comme étant « *l'arrêt inopiné, provisoire ou définitif d'une activité humaine. La raison est propre à l'opérateur, ou, au contraire, lui est externe. L'interruption de tâche induit une rupture dans le déroulement de l'activité, une perturbation de la concentration de l'opérateur et une altération de la performance de l'acte. La réalisation éventuelle d'activités secondaires achève de contrarier la bonne marche de l'activité initiale* ». Ce type d'événement se rencontre très fréquemment lors de la distribution des médicaments ce qui crée un risque d'erreur médicamenteuse. Concernant les exigences physiques, les infirmières doivent manipuler les patients, les soulever, les pousser. Elles travaillent la plupart du temps debout et effectuent de longues distances tout au long de la journée. Leurs articulations sont très sollicitées. Enfin les exigences psychologiques renvoient à l'affecte. Elles sont quotidiennement confrontées à la maladie, à la mort, à la souffrance. Elles font également le relais avec les familles.

Maintenant que nous avons exposé ce qu'était le modèle JD-R, il convient à présent de développer plus spécifiquement l'empowerment structurel qui est décrit comme étant un des aspects important du climat organisationnel.

C. L'empowerment.

Dans un premier temps, il est intéressant de constater que la notion d'empowerment renvoi au terme de pouvoir, dont la racine latine "possum, potes, posse" (verbe pouvoir) signifie par déclinaison "être capable de", "avoir la faculté de", "avoir l'habileté de choisir". L'empowerment est donc rapporté comme étant un concept dynamique, basé positivement sur le partage du pouvoir. [30]

L'empowerment n'a pas de définition exacte en français, il est synonyme d'autonomie, de responsabilité et de contrôle sur sa pratique professionnelle et sur le comportement personnel dans les organisations.

Le sens et la précision donnés à l'expression "empowerment" sont très variables et parfois contradictoires. Selon le contexte, on s'y réfère comme une théorie, un cadre de référence, un plan d'action, un but, un résultat, un processus et parfois même comme une idéologie.[31]

D'un point de vue historique, le concept d'empowerment remonte à la fin des années 60. Il fait suite à l'émergence de mouvements sociaux dans le cadre d'un nouveau concept politique relatif aux relations entre l'individu et son environnement. Ce dernier avait pour but d'utiliser des stratégies de développement communautaires et d'éducation populaire pour diminuer la pauvreté et lutter contre l'autorité. A la fin des années 70, le concept d'empowerment a été introduit dans le monde du travail puis dans le domaine de la promotion de la santé. Il faudra attendre la fin des années 90 pour que le concept apparaisse dans les écrits professionnels et scientifiques des soins infirmiers. [30]

H. Sylvain [30], s'appuyant sur une publication de Kuokkanen et Leino-Kilpi, distingue trois modes d'empowerment que sont l'empowerment psychologique, l'empowerment communautaire (ou sociopolitique) et l'empowerment structurel (ou organisationnel).

Notre travail ciblant l'empowerment structurel, c'est essentiellement ce dernier que nous développerons. Dans un second temps, il sera tout de même intéressant de mettre en avant ce à quoi fait référence l'empowerment psychologique, ce dernier ayant été rapporté dans la littérature comme étant en lien étroit avec l'empowerment structurel dans les organisations [32][7].

1. L'empowerment structurel :

Il est rapporté dans la littérature que l'empowerment structurel a été décrit par Kanter, en 1977, comme étant relatif à certaines conditions sociales de travail et certaines politiques d'entreprise qui faciliteraient l'accès à quatre éléments au sein de l'entreprise que sont les ressources, le soutien, les informations relatives à l'organisation, ainsi que certaines opportunités [7]. Nowak rapporte également dans son article que Bowen et Lawler, en 1992, décrivaient également l'empowerment comme un processus organisationnel qui régule l'accès des salariés aux ressources organisationnelles. Kanter, en 1993, a également défini l'empowerment structurel comme le fait de donner aux salariés la possibilité de mobiliser les ressources organisationnelles afin d'accomplir leur travail [33]. Maynard et al, en 2012, définissent quant à eux ce concept comme la mise en place de pratiques organisationnelles ayant pour but de transférer l'autorité ainsi que les responsabilités du gestionnaire vers les salariés. On parle ici de décentralisation du pouvoir. Parmi les pratiques, nous allons retrouver par exemple la participation des équipes à la prise de décision ou encore l'autonomie au travail. Il est toutefois à noter qu'elles peuvent être à double tranchant puisqu'elles vont être soit stimulantes pour l'individu soit stressantes. [34]

La théorie de l'empowerment structurel dans l'organisation s'appuie donc essentiellement sur la théorie de Kanter. Cette dernière se base sur une recherche qualitative portant sur la perception du pouvoir par les travailleurs. L'idée de base de Kanter est que le comportement est plus déterminé par les structures d'organisation que par des prédispositions personnelles [30]

Comme nous l'avons évoqué ci-dessus, Kanter définit quatre catégories de ressources nécessaires à l'empowerment structurel que sont les opportunités, l'accès à l'information, le soutien, ainsi que les ressources matérielles. [32] [33] [35]

Les opportunités correspondent à l'autonomie du salarié dans la réalisation de son travail, les possibilités d'apprentissage et d'évolution au sein de l'organisation, l'acquisition de nouvelles compétences nécessaires à la bonne performance au travail ainsi que l'existence de challenge dans le travail. L'accès à l'information est le fait, pour le salarié, de pouvoir accéder à des connaissances théoriques et techniques, à des informations spécifiques à l'organisation telles que les données relatives à la productivité, aux coûts ou aux performances financières de cette dernière, ou encore de pouvoir acquérir l'expertise nécessaire pour être efficace dans sa fonction. Le soutien est relatif aux retours ou aux conseils que peut recevoir le salarié de la part de ses pairs, managers ou subordonnés. Il

s'agit d'une aide nécessaire à la résolution de problématiques en rapport avec le travail. Enfin, les ressources matérielles correspondent à la mise à disposition de matériel et d'équipements, au temps et aux ressources financières nécessaires à la réalisation de la tâche de travail et à l'atteinte des objectifs organisationnels. [32] [33] [35]

Ngqeza et Dhanpat [32] rapportent dans leur article que, selon Kanter, ces quatre catégories de ressources sont accessibles via les pouvoirs formels et informels au sein de l'entreprise. En ce sens, Nowak [33] rapporte que selon la théorie de Kanter, il existe deux ressources de pouvoir dans l'organisation que sont le pouvoir formel et le pouvoir informel. Il rappelle que lorsqu'une entreprise veut développer l'empowerment en son sein, elle doit redistribuer le pouvoir afin que les employés de bas niveau hiérarchique puissent être inclus dans les processus décisionnels. Amor et al. [35] relatent également le fait que pour Kanter, le pouvoir est la capacité à faire les choses, à mobiliser les ressources et que ce dernier est acquis par les salariés quand ils ont accès aux quatre catégories de ressources précitées. L'accès à un empowerment structurel important est donc associé à des pouvoirs formels et informels élevés [32].

Ces deux types de pouvoirs, formel et informel, sont définis dans l'article de HIRIGOYEN et VILLEGGER paru en 2017. [36] Les auteurs reprennent les termes de CLEERY pour définir le pouvoir informel comme étant un "système en marge" qui interfère avec l'organisation formelle c'est à dire officielle. C'est donc un pouvoir officieux qui se développe en parallèle du pouvoir formel qualifié d'officiel à savoir par exemple la direction ou encore la réglementation. Dans ce même article, HIRIGOYEN et VILLEGGER rapportent que MOULLET en 1992 qualifie le pouvoir informel de "*management clandestin*" qui renvoi à des relations non prévues officiellement entre les individus d'une organisation. Ce pouvoir informel se développe en effet à partir de relations, réseaux ou alliances.

Lorsque les quatre catégories de ressources suscitées sont présentes, on voit apparaître quatre conséquences propres à l'empowerment que sont la confiance et l'engagement envers l'organisation, le sentiment de maîtrise des tâches, la diminution du stress au travail ainsi que l'augmentation de la satisfaction au travail. [33]

Plusieurs autres conséquences de l'empowerment structurel sont énumérées dans la littérature. Ainsi, il permet la réduction de l'intention de quitter l'organisation de la part des salariés, l'augmentation de la rétention du personnel, une incitation à l'innovation à l'initiative des salariés, la majoration de l'énergie au travail et des capacités de résilience des

travailleurs, ou encore le fait pour ces derniers de rester davantage auprès de leur employeur en cas de difficultés rencontrées par ce dernier [32].

Les travaux de Lashinger Firegan, Shanian et Wilk réalisés en 2001, cités dans l'article d'H. Sylvain [30], confirment ces constatations. Dans son article, H. Sylvain démontre également la corrélation entre le climat structurel et l'empowerment.

2. L'empowerment psychologique :

Concernant l'empowerment psychologique, plusieurs articles rapportent qu'il a été défini par Speitzer en 1995. Cette dernière le définissait comme une construction motivationnelle qui se manifeste par 4 caractéristiques cognitives que sont le sens, l'autodétermination, la compétence, et l'impact. Le sens fait référence à l'importance donnée à leur métier par les salariés, la valeur qu'ils accordent à leur travail. Cela renvoie à l'idée que l'individu doit trouver un sens à ce qu'il fait et que son activité doit être en accord avec ses croyances. La compétence est la capacité du travailleur à mener ses missions de manière performante. L'autodétermination se définit comme étant la possibilité pour la personne de décider par elle-même des moyens qu'elle va utiliser pour atteindre ses objectifs. Cela est donc relatif à la notion de liberté et d'autonomie en ce qui concerne le travailleur dans l'exécution de son travail. Pour terminer, l'impact renvoie à l'influence que peut avoir l'individu sur son milieu de travail. C'est le fait de croire, pour le salarié, que son travail peut influencer sur les résultats de l'entreprise. [37] [35] [33] [32].

L'empowerment psychologique a des conséquences qui sont communes à certaines de l'empowerment structurel que nous avons déjà citées. En effet, il est rapporté que ce dernier permet de favoriser la satisfaction au travail, la motivation et l'engagement des travailleurs, ainsi que leur performance dans l'entreprise. [33]

3. L'empowerment appliqué aux infirmières

Concernant la population ciblée par notre travail de recherche, à savoir les infirmières, l'empowerment psychologique reflète leur réaction psychologique vis-à-vis de l'empowerment structurel qu'ils peuvent percevoir au sein de l'organisation dans laquelle elles exercent. Il est important de noter que les infirmières sont "*porteuses*" de leur culture et de leurs expériences passées lorsqu'elles intègrent un établissement. Un établissement de santé qui souhaite créer un environnement de travail favorable à l'empowerment doit en

tenir compte et faire en sorte que les infirmières puissent se sentir capable de s'engager et de s'autonomiser. Il est ainsi rapporté que l'empowerment psychologique est étroitement lié à l'empowerment structurel. [38]

L'empowerment consiste à mettre en avant le rôle des infirmières dans la qualité des soins, de les associer aux instances décisionnelles de l'établissement. Cela permet en effet de donner une vraie place aux infirmières au sein des instances et cela permet de décentraliser les décisions vers les unités de soins entraînant ainsi écoute, respect et partage de pouvoir. [39]

Il en ressort que lorsque le niveau de compétence de l'infirmière est reconnu et qu'on lui permet une certaine autonomie dans son travail, cela se traduit par un sentiment d'appartenance à l'institution et permet de réaliser un travail aussi bien qualitatif que quantitatif [40]

Dans le secteur sanitaire, un exemple de mise en place de l'empowerment structurel a été décrit à l'University of North Carolina Medical Center. Il s'agissait de mettre en place une gouvernance partagée, concept clé qui est présent dans tous les hôpitaux aimants et qui peut être déployé dans chaque structure de façon différente. Le principe est fondé sur le repérage par un service d'une ou plusieurs problématiques et sur la proposition de pistes d'amélioration. Le référent du service recense ces idées et les présente au conseil exécutif infirmier (CEI). Ce dernier, s'il le valide, le transmet au conseil infirmier adapté (CIA) concerné afin qu'il travaille sur la problématique. Les CIA sont au nombre de cinq, chacun étant relatif aux questions de la diversité, la pratique, la qualité, la recherche, le développement professionnel. Le CIA renvoie ensuite au CEI ses recommandations. Si le CIE entérine les travaux du CIA, il les fait redescendre sur les services. [39]

Une étude, réalisée auprès de 126 infirmières dans la province de l'Ontario [41], démontre que l'empowerment structurel est positivement associé au soutien organisationnel et entraîne une augmentation de leur satisfaction au travail. Cette étude soutient l'affirmation de Kanter selon laquelle les conditions de travail habilitantes ont un impact sur le sentiment de soutien et d'accomplissement au travail des salariés. De plus, les perceptions positives du soutien organisationnel peuvent jouer un rôle important dans la rétention des cadres et éventuellement dans l'attractivité de futurs leaders. Cette enquête a été effectuée auprès d'infirmières gestionnaires de niveau intermédiaire équivalent aux infirmières en pratique avancée en France.

Une autre étude, datant de 2018, fait état de l'importance de l'empowerment structurel, mais également de l'empowerment psychologique dans les hôpitaux [42]. Cette dernière a été menée auprès des infirmières du service des urgences de l'Hôpital d'Auckland (Nouvelle Zélande) et s'est intéressée au leadership des infirmières aux urgences ainsi qu'à la perception de ces dernières en matière d'empowerment structurel et psychologique. L'objectif était ici de comprendre comment favoriser le leadership. Les auteurs, en citant l'étude de Patrick, Lashinger Wong et Finegan de 2011, précisent que l'on sait que ces modes d'empowerment encouragent et améliorent la rétention du personnel infirmier et que cela a un impact sur la satisfaction des patients. L'empowerment structurel est la perception de la présence, ou de l'absence, de conditions d'autonomisation sur le lieu de travail, alors que l'empowerment psychologique est lui l'interprétation ou la réaction psychologique d'un employé à ces conditions. Les auteurs précisent que de façon générale, l'empowerment est important dans le domaine du soin tant pour les infirmières que pour les patients. En effet, selon eux, il leur permet de réaliser leur travail de façon autonome et personnalisée et ce dans le but d'atteindre leurs objectifs professionnels. Ils rappellent également l'importance du rôle du cadre de santé pour favoriser l'empowerment. On retrouve dans cette publication la confirmation de la théorie de Kanter en ce qui concerne les effets positifs de l'empowerment structurel avec notamment une majoration de la satisfaction professionnelle, une baisse sensible de l'épuisement au travail, une augmentation du sens de l'autonomie, ceci engendrant une augmentation de la motivation et de l'engagement. Les auteurs concluent que plus l'empowerment structurel est présent, plus le sentiment de leadership des infirmières est renforcé. Les auteurs rappellent que la qualité des soins dépend directement de la possibilité pour les infirmières d'être actives et habilitées à la prise de décision dans le cadre du soin et de la place qu'elles ont dans le processus décisionnel au sein de leur institution. Cependant, les conclusions de cette étude sont à prendre avec précaution, les auteurs soulignant certaines limites à leur travail. En effet, le faible taux de participation à cette enquête ne permet pas d'en tirer une valeur statistique exploitable.

Toujours dans le domaine sanitaire, et comme évoqué dans le cadre de l'introduction de ce mémoire, l'empowerment structurel est une des cinq composantes du concept d'hôpital magnétique. L'idée d'un hôpital « magnétique » peut se résumer par la phrase de Y. Brunelle : « Un hôpital où il fait bon travailler est un hôpital où il fait bon se faire soigner »[39]. L. Vaillant [43] rapporte que selon Matthieu Sibé, la culture organisationnelle des hôpitaux magnétiques, dont fait partie l'empowerment structurel, repose sur trois critères que sont la bienveillance, l'autonomie et la complémentarité du pouvoir. Il rappelle que les hôpitaux

aimants ont un impact sur la qualité des soins, ainsi qu'une action positive sur les perceptions et comportements des soignants (médecins, infirmières, aides-soignantes).

Enfin, en se référant aux travaux de Sibé, Smirdec et Vaillant [44] ont mis en évidence huit dimensions essentielles déterminant un contexte magnétique. Il s'agit de la culture du soin centrée sur les besoins du patient, des soignants experts, du soutien fort de l'institution, du leadership infirmier, d'un mode de management participatif, d'une bonne collaboration entre médecins et infirmières, d'une autonomie des soignants ainsi que d'une gestion des effectifs adéquat. Nous retrouvons donc parmi ces huit dimensions plusieurs éléments relatifs au concept d'empowerment structurel précédemment décrits comme le soutien, l'autonomie ou encore la collaboration.

D. Intention de quitter et turnover.

L'intention de quitter est rapportée comme la première étape cognitive du processus de décision de quitter une organisation. Il s'agit d'une réponse psychologique du salarié aux conditions de travail dans l'organisation qui l'emploie. Cette étape correspond au fait, pour le salarié, de s'interroger sur le fait de rester dans l'organisation [4] ou de penser à quitter l'organisation dans laquelle il exerce et à chercher un emploi alternatif. [45]

Il s'agit donc d'une étape cognitive, préalable au départ effectif du salarié de l'entreprise dans laquelle il exerce sa profession et donc au turnover. Or ce turnover représente un coût financier résultant des coûts de démission, de recrutement ou encore de formation du remplaçant. Il représente également une perte de temps et une fuite potentielle d'employés talentueux pour l'entreprise impactée [7][46]. De même, un turnover important est responsable d'une baisse de performance et de productivité de l'organisation, d'une baisse de moral des salariés demeurant dans l'entreprise ainsi qu'une perturbation des services, pouvant in fine être responsable d'une insatisfaction des clients de l'entreprise, ou des patients dans le secteur sanitaire. [47]

Plusieurs facteurs sont rapportés dans la littérature comme étant prédicteurs de l'intention de quitter. Ainsi, l'engagement au travail, la satisfaction au travail ou encore l'engagement organisationnel ("*Organizational commitment*") influent négativement sur l'intention de quitter et permettraient donc de limiter in fine le turnover dans les organisations. Concernant la satisfaction au travail, Hansez et al en 2005, cités dans un article de Bertrand et Hansez en 2010 [48], ont souligné qu'il était possible de distinguer deux catégories de facteurs que

sont les facteurs personnels et les facteurs liés à l'environnement. Les premiers comprennent par exemple la conciliation vie privée/vie professionnelle, le temps et le coût des trajets (facteur d'autant plus important dans la période de crise économique que nous traversons actuellement) ou encore l'âge. Les seconds incluent le contexte organisationnel. Ainsi l'apparition de nouvelles technologies peut être problématique pour les salariés les plus âgés et peut les pousser à quitter l'entreprise. La sécurité de l'emploi peut également être un facteur de départ de l'entreprise pour les plus jeunes qui réfléchissent à leur plan de carrière. La garantie de la sécurité de l'emploi sera pour eux un facteur important.

E. Liens établis entre les différents concepts théoriques mobilisés.

Si nous avons pu décrire précédemment de nombreuses variables qui gravitent autour de l'engagement au travail, nous allons nous focaliser, dans cette dernière partie du cadre théorique, sur les liens déjà établis dans la littérature scientifique entre les trois variables ciblées par notre problématique que sont l'engagement au travail, l'empowerment structurel et l'intention de quitter une organisation [45] [47] .

1. Lien entre l'engagement au travail et l'intention de quitter :

Comme nous avons déjà pu l'aborder succinctement dans une première partie, il est bien établi, au vu de la littérature scientifique, que l'engagement au travail influe négativement sur l'intention de quitter. Ainsi, plus l'engagement au travail du salarié est important, moins ce dernier aura l'intention de quitter l'organisation à laquelle il appartient.

En effet, Amor et al. [7] ont mis en évidence que l'engagement au travail était négativement lié à l'intention de quitter l'organisation de manière significative. De même, Keyko et al. [6] rapportaient dans leur revue systématique, à propos de l'engagement au travail chez les infirmières, que l'engagement au travail réduisait significativement l'intention de quitter le poste occupé par le salarié.

Slåtten et al [4] ont également mis en évidence un lien entre l'engagement au travail et l'intention de quitter. Toutefois, dans cette étude, le lien mis en évidence entre les deux variables était indirect et était établi via une variable intermédiaire qu'est la satisfaction au travail du salarié. Ainsi, il était conclu que l'engagement au travail influait positivement sur la satisfaction au travail qui elle-même, influait négativement sur l'intention de quitter l'organisation de manière significative.

Enfin, Lu et al. [47] ont comparé en 2016 l'engagement au travail, la satisfaction au travail et l'intention de quitter des managers et des employés situés en bas de la hiérarchie d'une entreprise. Il est intéressant de constater dans leur étude que les trois composantes de l'engagement au travail que sont le dévouement, l'absorption et la vigueur influent toutes trois négativement et de manière significative sur l'intention de quitter l'organisation. De plus, il est rapporté que parmi ces trois variables, celle qui influence le plus négativement l'intention de quitter est le dévouement. S'en suivent par ordre décroissant d'importance la vigueur puis l'absorption. Les auteurs mettaient également en évidence le fait que les managers présentaient une moindre intention de quitter l'organisation par rapport aux employés de moindre niveau hiérarchique. De même il était mis en évidence que l'intention de quitter augmentait avec l'âge, les personnes les plus âgées ayant une plus forte intention de quitter leur organisation.

2. Lien entre l'empowerment structurel et l'engagement au travail :

Deux études, mettant en évidence l'influence positive de l'empowerment structurel sur l'engagement au travail, ont été identifiées au cours de nos recherches.

Tout d'abord, Amor et al. [35], en 2019, ont étudié le lien entre le leadership transformationnel et l'engagement au travail ainsi que le rôle de médiateur de l'empowerment structurel dans la relation entre ces deux précédentes variables. Comme nous avons pu le relater précédemment en évoquant le fait que le climat organisationnel est un des facteurs prédictifs de l'engagement au travail, les auteurs, dans cette étude, confirment l'influence positive, directe et indirecte, du leadership transformationnel sur l'engagement au travail. Au-delà de ce résultat principal, ce qui nous intéresse tout particulièrement ici est la conclusion faite par ces auteurs concernant l'empowerment structurel qui est, selon eux, un facteur déterminant de l'engagement au travail. De plus, l'empowerment structurel est rapporté comme étant un médiateur dans la relation entre le leadership transformationnel et l'engagement au travail.

Dans la seconde étude, réalisée en 2021, Amor et al [7] ont étudié les liens entre l'empowerment structurel, l'empowerment psychologique et l'engagement au travail. Les auteurs concluaient que l'empowerment structurel, tout comme l'empowerment psychologique, influent tous deux positivement sur l'engagement au travail de manière significative. Ils rapportaient également l'existence d'une relation indirecte significative, entre l'empowerment structurel et l'engagement au travail, via l'empowerment

psychologique. Enfin, il est à noter que les auteurs mettaient en évidence une corrélation directe entre l'empowerment structurel et l'empowerment psychologique.

3. Lien entre l'empowerment structurel et l'intention de quitter :

Plusieurs études semblent mettre en évidence l'influence négative de l'empowerment structurel sur l'intention de quitter. Ainsi plus l'empowerment structurel est important dans une organisation, moins les collaborateurs ont l'intention de la quitter.

En 2021, Nowak [33] a étudié l'effet de l'empowerment structurel sur l'identification organisationnelle et sur l'intention de quitter. Au-delà d'étudier l'effet isolé de l'empowerment structurel, l'auteur a évalué l'effet conjoint de l'empowerment structurel et de la culture du service dans l'entreprise sur l'identification organisationnelle et l'intention de quitter. Il rassemblait l'empowerment structurel et la culture du service sous le terme unique de ressources organisationnelles. Il est important de noter que dans cet article, l'identification organisationnelle était entendue comme le fait pour le salarié de se définir par son appartenance à une organisation. La culture du service, au sein d'une organisation, était quant à elle décrite comme étant la capacité des employés à s'entraider les uns les autres. Il était rapporté, dans les résultats de cette étude, que l'empowerment structurel, via l'identification organisationnelle, influait négativement sur l'intention de quitter. En effet, les résultats de l'étude supportaient le fait que l'identification organisationnelle a un effet médiateur dans la relation entre l'effet conjoint des ressources organisationnelles (dont l'empowerment structurel) et l'intention de quitter. L'empowerment structurel était rapporté comme influant positivement l'identification organisationnelle qui elle-même entraînait la réduction de l'intention de quitter. Enfin, l'auteur mettait en évidence que l'empowerment structurel influait d'autant plus négativement sur l'intention de quitter que la culture du service était importante.

Une autre étude datant de 2021, menée par Nggeza et Dhanpat [32], mettait en évidence une corrélation négative significative entre l'empowerment structurel et l'intention de quitter l'organisation. Comme dans l'étude de Amor et al [7], les auteurs concluaient à un impact positif entre l'empowerment structurel et l'empowerment psychologique et une influence négative entre l'empowerment psychologique et l'intention de quitter.

Enfin, Amor et al [7], en plus d'étudier la corrélation entre l'empowerment structurel et l'engagement au travail, ont également étudié le lien entre l'empowerment structurel et

l'intention de quitter. Ces auteurs mettaient en évidence un effet indirect de l'empowerment structurel sur l'intention de quitter, par l'intermédiaire de l'engagement au travail.

Après avoir défini l'ensemble des variables ciblées par notre travail de recherche et après avoir retranscrit l'ensemble des corrélations déjà mises en évidence dans la littérature scientifique entre ces dernières, nous rappelons que la problématique de notre travail de recherche est la suivante:

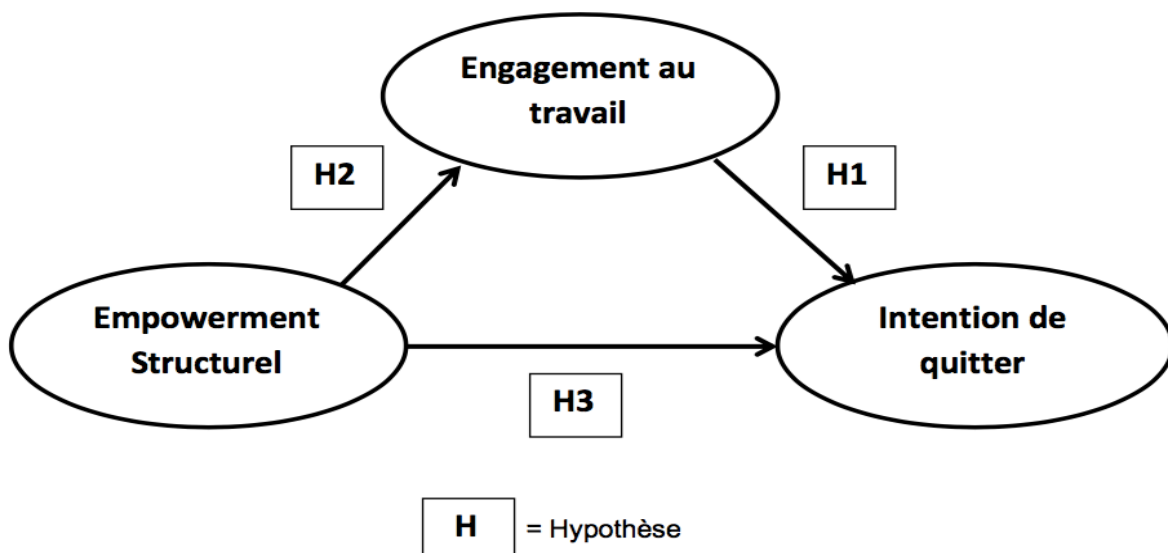
En quoi l'empowerment structurel pourrait améliorer l'engagement au travail des infirmières et infirmiers et réduire leur Turnover dans les organisations de santé ?

Pour répondre à cette problématique, notre travail de recherche a pour objectif de vérifier, au vu des liens déjà établis dans la littérature scientifique, les hypothèses suivantes :

- H1 = L'engagement au travail influe négativement sur l'intention de quitter.
- H2 = L'empowerment structurel influe positivement sur l'engagement au travail.
- H3 = L'empowerment structurel influe négativement sur l'intention de quitter.

Ainsi, nous avons modélisé ces hypothèses selon un Modèle théorique exposé ci-dessous:

Modèle théorique



II. Identification de leviers pertinents pour favoriser la rétention des infirmiers et infirmières dans les organisations de santé.

Nous décrivons ici dans un premier temps notre méthodologie de recherche, puis nous nous intéresserons dans un second temps aux résultats de notre recherche. Enfin, nous terminerons par une discussion concernant l'ensemble de notre travail.

A. Méthodologie de recherche .

Pour répondre à notre problématique, nous avons réalisé un questionnaire quantitatif à destination des infirmières d'établissements publics comme privés, à but non lucratifs et lucratifs.

Ce questionnaire a été construit à partir de questionnaires validés dans la littérature scientifique pour chacune des trois variables latentes étudiées que sont l'empowerment structurel, l'engagement au travail ainsi que l'intention de quitter.

Pour évaluer l'empowerment structurel, nous avons utilisé le questionnaire CWEQ-II, "*Conditions of Work Effectivness Questionnaire-II*" développé par Laschinger en 2001 et utilisé dans sa version en 12 items dans plusieurs études incluses dans notre revue de littérature [7] [35]. Ce questionnaire est composé de douze items, répartis en quatre ensembles de trois items qui évaluent respectivement quatre éléments que sont les opportunités offertes par le travail, l'accès aux informations au sein de l'entreprise, le support organisationnel et l'accès aux ressources au cours du travail. Chaque item est évalué par une échelle de Likert, cotée de 1 à 5, 1 correspondant à "Pas du tout" et 5 à "Tout à fait".

L'engagement au travail a été évalué en utilisant le questionnaire "Utrecht Work Engagement Scale" (UWES), développé par Schaufeli, Salanova, González-Romá et Bakker en 2002. [49] Ce questionnaire est composé de dix-sept items. Les trois composantes de l'engagement au travail que sont l'absorption, le dévouement et la vigueur sont respectivement évaluées par six, cinq et six questions. Chaque item est évalué dans notre étude par une échelle de Likert allant de 1 à 5, 1 correspondant à "Jamais" et 5 à "Très souvent".

Enfin, l'intention de quitter a quant à elle été quantifiée par l'intermédiaire du questionnaire "Turnover Intention Scale-6" (TIS-6) qui est une version simplifiée du "Turnover Intention

Scale". Ce questionnaire, validé en 2013 par Bothma et Roodt [50], est composé de six items. Chacun de ces items est évalué par une échelle de Likert cotée de 1 à 5., 1 et 5 correspondant à des intitulés de réponses différents selon les questions comme par exemple 1="Jamais" et 5="Très souvent" ou 1="Hautement improbable" et 5="Hautement probable".

L'ensemble de ces trois questionnaires validés représentait donc un total de trente-cinq questions. A ces trente-cinq questions, nous en avons ajouté dix autres relatives aux données démographiques de l'échantillon étudié, tel que l'âge, le sexe, la statut familial, l'expérience professionnelle en termes de durée et de nombre d'établissements de santé déjà fréquentés au cours de la carrière, ou encore le type d'établissement et de service où la personne cible travaille actuellement.

Le questionnaire final était donc composé au total de quarante-six questions (Annexe 2). Pour sa diffusion auprès de la population ciblée, nous avons utilisé le logiciel en ligne Sphinx Déclic. Ce logiciel nous a permis, en plus de diffuser les questionnaires, de centraliser les réponses automatiquement. Les réponses obtenues ont ensuite été traitées de deux manières différentes.

La diffusion des questionnaires a été réalisée par envoi d'emails qui comportaient un lien orientant directement vers le questionnaire en ligne sur le logiciel Sphinx. Il a également été diffusé dans les établissements de santé ciblés via une note informative (Annexe 3) expliquant l'objectif de notre mémoire et du questionnaire en rapport, note sur laquelle un QR-Code permettait aux répondants d'accéder directement à la page web Sphinx Déclic hébergeant notre questionnaire.

Concernant le traitement des données récoltées, les réponses relatives aux données démographiques ont été traitées directement dans un module spécifique du logiciel Sphinx Déclic dédié à la réalisation de calculs statistiques simples tels que les analyses à plat et les analyses croisées ou multiples.

Pour les calculs statistiques plus poussés, nécessaires à la mise en évidence de corrélations statistiques entre les trois variables latentes étudiées, nous avons utilisé le logiciel de statistique SPSS d'IBM, ainsi que le module AMOS qui y est associé dans le but de réaliser un modèle d'équation structurelle. Pour ce faire, nous avons extrait les résultats du logiciel Sphinx au format Excel pour les incorporer dans le logiciel SPSS. Nous avons alors conservé uniquement les réponses concernant les trente-cinq questions relatives aux

trois questionnaires tirés de la littérature permettant d'évaluer les trois variables latentes ciblées. Nous avons donc exclu les dix questions relatives aux données démographiques, traitées elles en amont via le logiciel Sphinx.

Nous avons ensuite retraité les données dans le logiciel SPSS de manière à les rendre exploitables dans le cadre d'analyses statistiques plus poussées. Enfin, nous avons incorporé ces données retraitées dans le module AMOS du logiciel afin de réaliser un modèle d'équation structurelle relatif au modèle théorique précédemment exposé.

Afin de s'assurer que les résultats obtenus par notre analyse statistique soient pertinents et donc exploitables, nous avons vérifié la fiabilité des échelles utilisées issues de la littérature ainsi que la qualité du modèle d'équation structurelle réalisé via le logiciel AMOS.

Nous nous sommes donc dans un premier temps assuré de la fiabilité des trois échelles de mesure utilisées pour explorer chacune des trois variables latentes visées par notre problématique que sont l'empowerment structurel, l'engagement au travail et l'intention de quitter. Pour ce faire, nous avons calculé l'alpha de Cronbach via le logiciel SPSS. Dans sa thèse, Irène Georgescu [51] rapporte que dans le cadre d'une étude confirmatoire, ce dernier doit se situer autour de 0,8, en sachant que plus il se rapproche de 1, plus l'instrument de mesure est fiable, c'est à dire que l'ensemble des items d'une même échelle mesurent bien un seul phénomène, en l'occurrence la variable latente visée.

Dans l'optique d'obtenir des résultats interprétables, nous avons ensuite évalué la qualité du modèle d'équation structurelle réalisé via le logiciel AMOS. Il est décrit dans la littérature que pour être qualitatif, un modèle statistique doit répondre à plusieurs critères en rapport avec des indices d'ajustement [35] [7].

Ces indices d'ajustement sont le Chi-deux et le ratio χ^2/df , le RMSEA (the Root Mean Square Error of Approximation), le GFI (the Goodness-of-Fit Index), le NFI (Normed Fit Index), le TLI (Tucker-Lewis Index) et le CFI (the Bentler Comparative Fit Index), le SRMR (Standardized Root Mean Square Residual) et l'AIC (Akaike's Information Criterion). Il est rapporté dans la littérature que la valeur du ratio χ^2/df doit être inférieure ou égale à 3. Les valeurs du GFI et NFI doivent, elles, être supérieures ou égales à 0,9. Les valeurs du TLI et du CFI doivent quant à elles être supérieures à 0,95. Une valeur de RMSEA autour de 0,06 est acceptable bien que certains autres auteurs recommandent une valeur en dessous de 0,05. Une valeur de RMSEA supérieure à 0,1 est rapportée comme étant synonyme d'un

modèle pauvre. La valeur du SRMR doit quant à elle être supérieure à 0,08 et enfin, la valeur de l'AIC doit être la plus basse possible.

B. Résultats

Nous commencerons ici par décrire l'échantillon étudié dans le cadre de l'étude. Nous nous intéresserons ensuite aux résultats liées aux analyses croisées puis nous terminerons par l'étude des résultats concernant les hypothèses posées.

1. Description de l'échantillon (Annexe 4)

Au total, parmi la population ciblée, c'est à dire les infirmières des organisations de santé, 117 personnes ont répondu à notre enquête.

Parmi ces répondants, 22% était des hommes et 78% était des femmes.

Les répondants étaient répartis de manière relativement équitable entre les 3 types d'organisation de santé que sont les établissements de santé publics, les établissements de santé privés à but lucratif et les établissements de santé privés à but non lucratif avec respectivement 40%, 32% et 23% des répondants répartis dans chacune d'elle. On note tout de même un taux de répondant un peu plus important dans le secteur public.

L'éventail des âges des répondants s'étend de 20 ans à plus de 60 ans. La majorité des répondants appartenait à la tranche d'âge des 30-40 ans (33%), suivie de près par la tranche d'âge des 20-30 ans (29%) puis par la tranche d'âge des 40-50 ans (22%). Seulement 15% des répondants avaient plus de 50 ans, dont 3% avaient plus de 60 ans. Il est à noter que 2/3 des personnes interrogées ont donc entre 20 et 40 ans (62%)

Du point de vue du statut familial, 71% des répondants étaient en couple, 9% étaient séparés et 20% étaient célibataires. Parmi l'ensemble des répondants, 62% avaient des enfants. Il est mis en évidence que le fait d'avoir des enfants ou pas est statistiquement corrélé au statut familial ($p < 0,01$). Ainsi, s'il paraît logique que le fait d'avoir des enfants est corrélé au fait d'être en couple, notre étude révèle que 100% des répondants séparés ou divorcés ont des enfants, ce qui peut être intéressant dans le cadre du thème étudié.

2. Résultats issus des analyses croisées (Annexe 5 : Parties 1 et 2)

Concernant l'intention de quitter, 19% des répondants déclarent avoir l'intention de quitter l'organisation dans laquelle ils travaillent actuellement en répondant "oui" à la question "Avez-vous l'intention de quitter votre établissement ?". Cette question était posée en préambule du questionnaire, en dehors du score spécifique "Turnover Intention Scale-6" qui lui permettait d'observer la variable latente "Intention de quitter". Il est important de souligner que parmi les répondants qui déclarent vouloir quitter leur organisation, 32% souhaitent quitter le secteur de la santé.

Un autre résultat intéressant quant à l'intention de quitter l'organisation est que, de manière significative, plus les infirmières ont une ancienneté de diplôme importante, plus elles expriment le fait de ne pas vouloir rester dans le secteur de la santé si elles devaient quitter leur poste. En moyenne, celles qui souhaitent rester dans le secteur de la santé ont une ancienneté de diplôme de 13,4 ans, contre 18,4 ans pour celles qui pensent s'orienter vers un autre secteur ($p < 0.05$).

Pour terminer sur ce premier traitement de l'intention de quitter sur la base de tris croisés, il est à noter que cette dernière ne semble corrélée ni à l'âge du répondant, ni à son ancienneté dans l'organisation, ni au type d'établissement dans lequel elle travaille, ni à son ancienneté de diplôme, ni au statut familial, ni au fait d'avoir des enfants. Aucune de ces relations n'étant ressortie des analyses comme étant significative.

Un autre résultat significatif issu des tris croisés sur Sphinx à partir des questions générales du questionnaire est que plus les répondants sont âgés, plus leur ancienneté de diplôme est importante ($p < 0,01$) ce qui peut paraître logique. Enfin, un dernier résultat issu des analyses croisées met en évidence que de manière significative, plus les répondants ont une ancienneté de diplôme importante, plus leur ancienneté dans l'établissement auquel ils sont actuellement rattachés est importante. En effet, les répondants qui sont dans leur établissement depuis moins de 5 ans, depuis 5 à 10 ans, depuis 10 à 20 ans et depuis plus de 20 ans ont respectivement et de manière significative une ancienneté de diplôme moyenne de 8,6 ans ; 9,3 ans ; 18,2 ans et 26,1 ans ($p < 0,01$).

Cependant, le nombre d'établissements fréquenté par les répondants au cours de leur carrière, même s'il semble croissant en fonction de l'ancienneté de diplôme, n'est pas lié de manière significative à cette dernière ($p = 0,1$).

3. Résultats concernant les hypothèses posées.

Comme exposé au préalable dans notre partie relative à la méthodologie employée, les hypothèses posées à l'orée de notre travail de recherche ont été explorées sur la base d'un modèle d'équation structurelle dans le module AMOS du logiciel SPSS.

Concernant l'évaluation de la fiabilité des instruments de mesures, chacune des trois échelles utilisées pour évaluer chacune des trois variables latentes semble fiable. En effet, pour le questionnaire CWEQ-II relatif à l'évaluation de l'empowerment structurel, nous obtenons un alpha de Cronbach de 0,84. Pour le questionnaire UWES qui permet d'évaluer l'engagement au travail, l'alpha de Cronbach est de 0,86. Enfin, concernant le questionnaire TIS-6, qui permet de mesurer l'intention de quitter, nous obtenons un alpha de Cronbach à 0,72. (Annexe 6)

Nous avons ensuite, comme exposé dans la partie méthodologie, évalué la qualité de notre modèle d'équation structurelle initialement obtenu en transposant strictement notre modèle théorique dans le logiciel AMOS, c'est à dire en conservant l'ensemble des items observés pour chacune des variables latentes auxquelles ils correspondaient. Il ressortait de cette analyse que ce premier modèle d'équation structurelle (Annexe 7) créé dans le logiciel AMOS n'était pas satisfaisant, ce dernier n'étant pas qualitatif. En effet, ce premier modèle d'équation structurelle présentait de mauvais indices d'ajustement.

Concernant ces indices d'ajustements, pour ce modèle initial, nous obtenions un ratio χ^2/df était de 2,15; un RMSEA était à 0,1 ; un GFI à 0,6; un NFI à 0,47; un TLI à 0,58; un CFI à 0,61 et un RMR à 0,1. Ainsi, en dehors du ratio χ^2/df , aucun de ces indices d'ajustement ne correspondait aux valeurs souhaitées pour attester de la qualité du modèle.

Nous avons alors modifié le modèle de manière à obtenir un modèle final qualitatif dont les résultats pourraient alors être exploitables et pertinents. Pour ce faire, nous avons optimisé indépendamment chacune des trois parties du modèle initial, c'est à dire les trois parties correspondant respectivement à chacune des trois variables latentes, jusqu'à obtenir trois modèles indépendants qualitatifs. Nous devions obtenir trois modèles qui devaient tous trois présenter des indices d'ajustement correspondant à des valeurs souhaitables vis-à-vis de la littérature. Pour parvenir à des modèles qualitatifs, nous avons supprimé certains items observés pour chacune des trois variables latentes, par exemple l'item correspondant à la question 6 du modèle "intention de quitter" (IQ6). Pour identifier plus efficacement les items à supprimer, nous avons fait apparaître dans ces modèles indépendants les sous variables

de chacune des variables latentes lorsqu'elles en contenaient comme pour le modèle "Engagement" qui fait apparaître les sous-variables "Dévouement", "Absorption" et "Vigueur", ou le modèle "Empowerment Structurel" qui fait apparaître les sous variables "Opportunités", "Informations", "Support" et "Ressources". Ces sous variables n'apparaissent pas dans le modèle d'équation structurelle final car nous avons fait le choix d'étudier ici les variables latentes dans leur ensemble et pas leurs sous variables une à une. (Annexe 8 : Parties 1 et 2)

Une fois ces trois modèles indépendants devenus qualitatifs, nous les avons donc assemblés pour constituer un nouveau modèle d'équation structurelle globale comprenant les trois variables latentes étudiées, en respectant la suppression des items déterminés au préalable pour chacune de ces variables. Ce modèle nouvellement construit, regroupant donc les trois variables latentes, n'était finalement toujours pas qualitatif du point de vue des indices d'ajustement. Après quelques modifications pour l'optimiser, l'ajuster, c'est à dire après avoir de nouveaux supprimer certains items observés (items des questionnaires permettant la mesure des variables latentes), nous avons obtenu un modèle d'équation structurelle final qualitatif et donc exploitable. (Annexe 9)

En effet, concernant les indices d'ajustement de ce modèle d'équation structurelle final, nous obtenions un ratio χ^2/df 1,15; un GFI à 0,9; un RMSEA à 0,037; un TLI à 0,97; un CFI à 0,97; un NFI à 0,85 et un RMR à 0,046. Tous les indices d'ajustement présentaient alors des valeurs correspondant aux valeurs attendues d'après la littérature. Ces nouvelles valeurs d'indice d'ajustement étaient donc synonymes de modèle qualitatif, dont les résultats peuvent être pris en compte. (Annexe 9)

Ce modèle final étant qualitatif, il s'agissait alors, via ce modèle d'équation structurelle, de vérifier les trois hypothèses formulées au regard de la problématique de notre mémoire. Ainsi, d'après le modèle final réalisé, et de manière significative, il existe un impact positif de l'empowerment structurel sur l'engagement au travail avec $\beta = 0,17$ ($p = 0,003$). De même, le modèle met en évidence une influence négative de l'engagement au travail sur l'intention de quitter avec $\beta = -1,15$ ($p < 0,01$). (Annexe 10-Partie 1)

En revanche, nous n'avons pas mis en évidence de lien significatif entre l'empowerment structurel et l'intention de quitter, de manière directe.

L'empowerment structurel ayant un impact positif sur l'engagement au travail et ce dernier ayant une influence négative sur l'intention de quitter, nous avons toutefois voulu vérifier s'il n'existait pas un lien indirect de l'empowerment structurel sur l'intention de quitter via la variable médiatrice que serait l'engagement au travail, notre modèle d'équation structurel final permettant de faire cette analyse. Il ressort de cette analyse que de manière significative, il existe bien un lien indirect entre l'empowerment structurel et l'intention de quitter ($\beta = -0,193$; $p=0,006$) (Annexe 10-Partie 2)

Au total, concernant nos résultats par rapport aux hypothèses formulées initialement, nous constatons que :

- L'hypothèse H1, "L'engagement au travail influe négativement sur l'intention de quitter" est vérifiée.
- L'hypothèse H2, "L'empowerment structurel influe positivement sur l'engagement au travail" est vérifiée.
- L'hypothèse H3, "L'empowerment structurel influe négativement sur l'intention de quitter" n'est pas vérifiée de manière directe mais un lien indirect entre a été mis en évidence entre ces deux variables.

C. Discussion.

Concernant les résultats obtenus par l'intermédiaire du modèle d'équation structurelle, notre travail de recherche a donc permis de vérifier deux des hypothèses sur les trois posées initialement.

Tout d'abord, nous avons confirmé l'impact négatif de l'engagement au travail sur l'intention de quitter chez les infirmières, déjà établi dans la littérature. Ainsi, nous confirmons les résultats de Amor et al [7] et nous nous inscrivons dans les conclusions de la revue systématique de Keyko et al [6] qui portait sur l'engagement au travail des infirmières et qui rapportait l'influence négative de l'engagement au travail sur l'intention de quitter. Nous confirmons l'existence d'un lien direct entre l'engagement au travail et l'intention de quitter, contrairement à Slåtten et al.[4] qui n'avaient mis en évidence qu'un lien indirect entre ces deux variables, par l'intermédiaire de la satisfaction au travail.

De plus, comme supposé initialement, nous avons mis en évidence l'influence positive de l'empowerment structurel sur l'engagement au travail. Ce résultat est également en accord avec les recherches réalisées antérieurement à notre travail. En effet, nos résultats sur ce point confirment ceux obtenus par Amor et al [7] qui concluaient, dans leur travail, à l'impact

positif de l'empowerment structurel sur l'engagement au travail. Nos résultats vont également dans le sens des résultats obtenus par Amor et al. [35] en 2019 qui exposaient le fait que l'empowerment structurel était une variable médiatrice dans la relation positive entre le leadership transformationnel et l'engagement au travail.

En revanche, nos résultats concernant le lien entre l'empowerment structurel et l'intention de quitter ne confirment pas le lien direct entre ces deux variables, mis en avant dans le cadre de notre revue de littérature sur ce point. Ainsi, si dans la littérature il est rapporté une influence négative, directe, de l'empowerment structurel sur l'intention de quitter [33] [32] [7], nous n'avons pas pu la mettre en évidence par notre travail. En revanche, nos résultats semblent faire ressortir, de manière significative, un lien indirect entre l'empowerment structurel et l'intention de quitter, via l'engagement au travail.

Pour ce qui est des résultats issus des analyses croisées sur Sphinx, il est intéressant de constater que parmi les infirmières qui ont déclaré vouloir quitter leur organisation lors de notre enquête, 32% d'entre elles souhaitent quitter le secteur de la santé. Nous avons également mis en évidence que ce souhait de s'orienter vers un autre secteur d'activité, en cas de départ de l'organisation, était d'autant plus marqué que les infirmières avaient une ancienneté de diplôme importante. Nous pouvons penser que cela met en évidence la lassitude des infirmières les plus expérimentées dans l'exercice de leur profession, ou que les conditions de travail et l'environnement organisationnel ne correspondent plus à ce qu'ils étaient par le passé. Ainsi, les infirmières qui avaient connu des systèmes de fonctionnement différents ne se retrouvent peut-être plus dans le fonctionnement actuel de leurs établissements ou de manière générale dans l'évolution contemporaine du système de santé.

Concernant cette possible fuite vers d'autres secteurs d'activité économique, il aurait été intéressant de savoir vers quels autres secteurs les infirmières souhaiteraient s'orienter. En effet, cela aurait pu permettre d'identifier certains facteurs d'attractivité des autres secteurs d'activité et de tenter de les intégrer à nos établissements de santé afin de retenir ce personnel désireux de partir et ainsi limiter leur fuite vers d'autres secteurs. Notre enquête, telle que réalisée, ne permet malheureusement pas de déterminer cette donnée.

Les résultats des analyses croisées font également ressortir le fait que plus les infirmières sont âgées, plus leur ancienneté de diplôme est importante. Si ce résultat peut paraître logique et n'est pas directement en rapport avec notre sujet d'étude, il expose tout de même

à notre sens le fait que le métier d'infirmière est un métier qui est débuté jeune, à la fin d'un cursus de formation initiale et ne semble donc pas être une profession vers laquelle on s'orienterait lors d'un changement de carrière professionnelle. Avant même de vouloir favoriser l'attractivité dans les établissements de santé, il conviendrait donc d'améliorer l'image métier de la profession d'infirmière de manière à favoriser l'orientation des jeunes bacheliers vers cette dernière. Le but de cette stratégie serait de pourvoir l'ensemble des places disponibles dans les IFSI (Instituts de Formation en Soins Infirmiers) et d'éventuellement les augmenter, afin que le nombre d'infirmières sur le marché de l'emploi évolue de façon positive à moyen terme. Les établissements de santé pourraient jouer un rôle dans cette démarche d'attractivité métier par l'intermédiaire des stages effectués par les futurs diplômés en leur sein, afin de conforter ces derniers dans leur choix d'orientation professionnelle. En effet, nous faisons actuellement le constat que beaucoup d'étudiants infirmiers abandonnent leurs études avant l'obtention de leur diplôme, il conviendrait donc de les accompagner au mieux dans leurs différents stages. Il conviendrait donc de parfaire l'image métier de la profession étudiée, d'autant plus que la majorité des personnes, aujourd'hui, qu'elles soient en cursus initial ou en réorientation professionnelle, semblent être en quête de sens dans leur travail. Les métiers du soin peuvent répondre à cette attente du fait de la relation humaine qu'elle implique par la relation soignant-soigné. Cependant, les professions du soin et notamment la profession d'infirmière, semblent actuellement victimes d'une mauvaise image, en rapport avec les contraintes de travail mises en exergue par la récente crise sanitaire relative au COVID 19. Ceci confirme donc la nécessité de revaloriser cette image métier.

Un autre résultat issu de ces analyses nous semble pertinent. En effet, nos résultats font ressortir que plus les infirmières ont une ancienneté de diplôme importante, plus leur ancienneté dans l'établissement auquel elles sont actuellement rattachées est importante. De plus, il apparaît dans ce résultat que la durée d'ancienneté dans l'établissement occupé au moment de notre enquête par les infirmières correspond quasiment à l'ancienneté de diplôme. De ce fait, on peut tout de même conclure que jusqu'alors, les infirmières sont plutôt fidèles à leur établissement, surtout pour les plus anciennes d'entre-elles. Nous pensons qu'il est difficile de conclure sur ce point concernant les infirmières les plus jeunes et sur ce qu'il sera, à l'avenir, de la fidélité des infirmières envers l'établissement de santé dans lequel elles exercent. Toutefois, concernant cette question de la fidélisation, nos résultats sur le nombre d'établissements fréquenté par les infirmières tout au long de leur carrière ne sont pas pertinents, même si ce nombre semble d'autant plus marqué que l'ancienneté de diplôme est importante, ce qui peut sembler logique.

Enfin, un résultat tout à fait fortuit nous paraît pertinent en ce qui concerne la fidélisation des infirmières au sein des organisations de santé. Nous avons en effet, dans le cadre de l'étude des données démographiques de notre échantillon, mis en évidence le fait que 100% des infirmières séparées ou divorcées avaient des enfants. Il nous semble que dans l'optique de fidéliser les infirmières dans nos organisations de santé, il est nécessaire d'assurer une bonne articulation vie privée-vie professionnelle et par conséquent de prendre en compte ce statut familial. Cependant, cette supposition est à nuancer car nous avons également exposé, dans nos résultats, que l'intention de quitter n'est pas significativement liée au statut familial des infirmières interrogées. Par conséquent, soit l'articulation vie privée-vie professionnelle est déjà satisfaisante dans les organisations de santé, soit elle n'a pas un rôle prépondérant par rapport à d'autres facteurs dans le cadre de la fidélisation des infirmières. Enfin, il est à noter concernant le statut familial que si le fait de se déclarer séparé ou divorcé peut nous conduire à penser que ces infirmières vivent seules avec un ou plusieurs enfants, ce n'est en réalité peut-être pas le cas et il est donc finalement difficile de tirer des conclusions sur ce point.

Malgré le fait d'avoir mis en avant certains résultats, il est à noter que notre travail comporte plusieurs limites, notamment du point de vue de la méthodologie. Tout d'abord, l'échantillon visé ne concerne que les infirmières en CDI (Contrat de travail à durée indéterminée) qui sont par principe, nous le pensons, plus "stables" au sein des établissements de santé que celles embauchées en CDD (Contrat de travail à durée déterminée) ou intérimaires. Ainsi, nous pensons que les infirmières embauchées en CDI sont peut-être plus enclines à être engagées dans leur travail et fidèles aux organisations de santé. Nos résultats auraient probablement été différents en incluant l'ensemble des infirmières quel que soit leur type de contrat de travail. Toutefois, notre travail portant justement en grande partie sur l'étude de l'engagement au travail, nous avons fait ce choix volontaire de n'inclure que les CDI de manière à optimiser les résultats de notre étude, le but étant de mettre en évidence des liens entre des variables conceptuelles, telle que l'engagement au travail, et non de savoir précisément si les infirmières interrogées étaient engagées dans leur organisation.

D'autre part, plusieurs infirmières ayant répondu au questionnaire ont porté à notre connaissance le fait que ce dernier leur était apparu trop long. Il est ainsi possible que le trouvant chronophage, certaines d'entre-elles aient abandonné son remplissage et ne l'aient

pas validé. Il ne nous est pas possible de quantifier le nombre de personnes concernées, le logiciel Sphynx ne permettant pas d'identifier les questionnaires débutés mais non validés. Concernant le type d'établissement dans lequel les questionnaires ont été diffusés, nous n'avons pas fait le choix de cibler un type d'établissement en particulier. Nous aurions pu choisir de ne diffuser le questionnaire que dans un type de structure juridique (établissement de santé public ou privé) ou de cibler un type d'activité en particulier (Soins Médicaux et de Réadaptation, Médecine-Chirurgie-Obstétrique ou encore Psychiatrie). Ainsi il ne nous a pas été possible de dire si le statut juridique d'un établissement de santé pouvait avoir un impact sur l'engagement, alors que nous pensons qu'il peut en avoir un. En effet, à notre sens, le type d'établissement, notamment lorsqu'il est de statut public, peut impacter sur la motivation intrinsèque des infirmières de par les valeurs de service public qu'il porte, cette motivation intrinsèque ayant été rapportée dans notre cadre théorique comme étant un antécédent de l'engagement au travail [8]. De la même manière, il ne nous a pas été possible d'analyser si le type d'activité (ou encore le service dans lequel les infirmières travaillent) avait un impact sur l'engagement comme cela a pu être précédemment décrit dans la littérature [6], les personnels travaillant en service de soins aigus étant décrit comme plus engagés.

De plus, la diffusion des questionnaires n'a pas été le fruit du hasard. Nous avons en effet, par facilité, ciblé les établissements dans lesquels nous travaillons. Ce choix a pu entraîner une méfiance des répondants à l'égard du questionnaire et de l'usage qui pourrait en être fait et ce malgré l'information que nous avons faite concernant l'anonymisation des données. Il est ainsi possible que certaines infirmières n'aient pas répondu en toute transparence ou n'aient simplement pas souhaité y participer. Par ailleurs, un nombre important de questionnaire a été diffusé dans des établissements psychiatriques, deux d'entre nous travaillant dans ce secteur. Ainsi, la répartition des questionnaires n'a pas été homogène entre les différents types d'activités de soins. De même, il est à noter que la diffusion des questionnaires a également été faite par l'intermédiaire de relations amicales ou professionnelles dans les établissements de santé. Ainsi un bon nombre de questionnaires ont été distribués en pédiatrie, réanimation, chirurgie mais également en psychiatrie dans des établissements appartenant au même groupe que nos propres structures ou appartenant à d'autres groupes.

Concernant la méthodologie de cette diffusion du questionnaire, nous avons essentiellement proposé l'accès à celui-ci via un QR code diffusé dans les services. Ce choix a pu exclure les personnes ne détenant pas d'outil numérique permettant la lecture

de ce type de support. Nous pensons donc que cela a pu écarter certains personnels plus âgés, ces derniers n'étant pas forcément équipés de matériel compatible, mais également des personnels n'étant pas en possession de ce type d'outil par conviction ou encore des personnels ne pouvant le garder avec eux lorsqu'ils sont en poste. Ce choix a aussi pu exclure les personnes ayant un outil numérique adapté mais ne sachant pas l'utiliser de façon optimale ce qui peut également concerner les personnels les plus âgées. Cela peut en partie expliquer le fait que parmi les répondants, ceux appartenant à la tranche d'âge des plus de 50 ans sont moins nombreux que ceux des tranches d'âge inférieures. Par ailleurs, nous pensons que cette moindre participation des plus de 50 ans peut être expliquée par le fait que ce personnel est proche de la fin de carrière et par conséquent se sent peut-être moins ou non concerné par le thème de la fidélisation ou par le fait de participer à une enquête.

Un autre point important concernant la diffusion du questionnaire réside dans la période durant laquelle il a été distribué, à savoir en fin de crise COVID. Il en résulte la possibilité que les répondants sont des infirmiers en CDI toujours en poste malgré le "passage" de la crise et par conséquent probablement plus engagés avec une moindre intention de quitter leur organisation que le personnel qui aurait déjà démissionné. L'idée inverse qui pourrait sous-tendre serait celle que le personnel répondant au questionnaire est le personnel toujours en poste malgré la crise et que de par la démission en masse de leurs anciens collègues, ils peuvent être confrontés de façon répétitive à des situations de sous-effectif. Ces situations pourraient entraîner une perte d'engagement les concernant et pourraient même aller jusqu'à entraîner une intention de quitter l'organisation de santé dans laquelle ils travaillent. Concernant le fait de cibler spécifiquement le métier d'infirmier en lui-même, il est à noter que ces professionnels du secteur ont un engagement métier fort, ce qui peut biaiser les résultats quant à leur niveau d'engagement. Cependant, là encore, comme pour le fait d'avoir orienté le questionnaire vers les infirmières en CDI, il n'était pas question d'évaluer leur niveau d'engagement dans l'absolu mais d'évaluer le lien de cet engagement avec l'intention de quitter et l'empowerment structurel. Ainsi, ce choix de ne cibler qu'un corps de métier était volontaire, de manière à ne pas biaiser les résultats par des variations de niveau d'engagement auxquelles nous aurions pu être confronté si plusieurs professions avaient été incluses.

Concernant le questionnaire à proprement parler, nous pensons que nous aurions pu l'enrichir en y ajoutant des questions qualitatives. Nous nous sommes en effet cantonnés à des questions quantitatives ce qui ne permet pas une analyse plus en profondeur de

certain points. Cela est le cas notamment pour le point déjà soulevé qui concerne le type de secteur d'activité vers lequel s'orienteraient les infirmières qui déclarent vouloir quitter le secteur sanitaire.

De plus, comme nous l'avons exposé dans notre méthodologie, ce questionnaire a été construit sur la base de trois échelles utilisées au préalable dans d'autres études scientifiques. Il s'avère que deux de ces échelles, le CWEQ-II et l'TIS-6, ne semblent pas validées en français. De ce fait, il est possible que la traduction que nous en avons faite, que ce soit dans la formulation de questions ou dans celle des réponses possibles, puisse modifier l'interprétation qui est faite de chacune des questions par les répondants par rapport aux versions originales, et donc possiblement impacter les résultats que nous avons obtenus. L'échelle UWES était quant à elle validée en français [52].

A propos du traitement statistique des données récoltées et de l'interprétation qui est faite des résultats obtenus, il a pu y avoir des biais dont nous n'avons pas forcément conscience dans la mesure où nous ne maîtrisons pas de manière optimale la discipline des statistiques. Il est ainsi possible que certaines limites du modèle mis en application et de notre méthodologie n'aient pas été perçues. Concernant la méthodologie et plus particulièrement la taille de l'échantillon traité, ce dernier était de 117 répondants, ce qui nous paraît insuffisant. Il aurait été préférable d'avoir, comme le préconise la littérature, un échantillon d'au moins 200 personnes afin de pouvoir assoir notre analyse et la puissance de cette dernière. Cela nous aurait peut-être permis de mettre en évidence un lien direct, plutôt que seulement un lien indirect, entre l'empowerment structurel et l'intention de quitter de manière significative.

Après avoir discuté les résultats obtenus et les limites de notre étude, il convient pour clore notre travail de mettre en évidence les applications que nous pourrions faire des résultats obtenus, au sein de nos organisations, afin d'y réduire le turnover.

Pour rappel, nous avons mis en évidence, via notre modèle, que l'empowerment structurel agit sur l'engagement au travail et que cet engagement agit sur l'intention de quitter. La finalité de notre travail de recherche étant de cibler les facteurs pouvant réduire le turnover des infirmières dans les organisations de santé, et donc favoriser leur fidélisation, il s'agit dès lors de favoriser le développement des facteurs dont nous avons confirmé qu'ils limiteraient l'intention de quitter dans les organisations de santé.

Pour ce faire, il conviendrait de se focaliser essentiellement sur l'engagement au travail des infirmières et son développement au sein de nos organisations de santé, seul cette dernière variable ayant été confirmée comme une influence négative sur l'intention de quitter dans notre travail. Ayant également mis en évidence que l'empowerment structurel impacte positivement l'engagement au travail des infirmières, il conviendra tout d'abord de se concentrer sur le développement de ce concept dans nos établissements. Nous pourrions également chercher à favoriser l'ensemble des facteurs prédictifs de l'engagement au travail décrits dans la littérature et relatés dans notre cadre théorique.

Pour favoriser l'empowerment structurel, il s'agira de nous centrer sur ses quatre composantes qui sont les opportunités offertes au salarié, le soutien que ce dernier peut recevoir, les ressources matérielles et les informations auxquelles il peut accéder. Pour répondre à cet objectif, il conviendrait de favoriser l'autonomie au travail, l'apprentissage et l'acquisition de nouvelles compétences via par exemple la mise en place et le financement de formations, ou encore l'évolution au sein de l'organisation. Il faudrait également s'attacher à créer des situations challengeantes pour le salarié. De même, il faudrait lui permettre l'accès à certaines informations relatives à l'organisation soit par la diffusion de ces dernières via divers moyens de communication, soit en incluant le salarié dans les instances décisionnaires telles que des comités de pilotage, cette dernière option permettant la participation de ce dernier aux prises de décision concernant son établissement ce qui pourrait constituer un certain partage de pouvoir. En ce sens, il est en effet souhaitable, dans le cadre de l'empowerment structurel, de favoriser le partage de pouvoir via une décentralisation de la gouvernance vers les services de soins. Par ailleurs, il conviendrait de limiter le sentiment d'isolement du salarié, en cas de problématiques liées au travail, en favorisant son soutien de la part de ses encadrants de proximité ou ses collègues, peut-être par l'intermédiaire de temps d'échange et de partage d'expérience entre collègues, une écoute attentive et une réassurance de la part du cadre de proximité ou encore via des séances de supervision. Enfin, il faudrait donner au salarié les moyens de réaliser sa tâche dans les meilleures conditions possibles, c'est à dire avec des outils adaptés et du temps pour atteindre ses objectifs professionnels. Cela se traduirait par exemple, pour les infirmières, par le respect d'un temps dédié aux soins perçus par ses dernières comme suffisant pour permettre un travail de qualité, ou par leur implication dans le choix du matériel qu'elles auront à utiliser au quotidien dans leur travail.

Pour favoriser l'engagement au travail, au-delà de développer l'empowerment structurel, nous pourrions nous intéresser à d'autres facteurs impactant positivement cet engagement tels que les ressources professionnelles comme nous avons pu l'exposer dans notre cadre

théorique. Parmi les ressources professionnelles préalablement citées, si certaines sont commune au concept d'empowerment structurel, telles que l'autonomie, le challenge, ou encore le développement professionnel [6], il conviendrait de s'attacher à respecter l'identité professionnelle et les valeurs de l'infirmière et notamment ses valeurs professionnelles. Il s'agirait ici de donner les moyens à l'infirmière d'exercer sa profession au sein de son établissement en étant en adéquation avec ses croyances, ses valeurs, son éthique, et son projet d'évolution de carrière avec pour ce dernier point la possibilité d'acquérir de nouvelles compétences. S'il paraît possible d'agir sur les ressources professionnelles du salarié en tant que manager, il nous paraît plus difficile d'influer sur les ressources personnelles. Cependant, s'il ne paraît pas possible d'influer sur le capital psychologique du salarié, il est toutefois possible d'influer sur son empowerment psychologique. Ce dernier a été relaté dans la littérature comme étant la perception par le travailleur de l'empowerment structurel de l'organisation dans laquelle il travaille [38], d'autant plus que certains auteurs [7] ont démontré l'influence positive de l'empowerment structurel sur l'empowerment psychologique et que comme nous l'avons déjà évoqué, nous pouvons aisément agir sur cet empowerment structurel.

Au regard de la littérature, dans l'optique de développer l'engagement au travail du salarié, il faudrait favoriser sa motivation intrinsèque [8]. Cependant, au vu de la description qui en est faite, les différentes caractéristiques de ce type de motivation correspondent en majeure partie à celles de l'empowerment structurel sur lesquelles nous avons déjà proposé d'agir. En effet, il s'agirait de favoriser un travail intéressant et/ou challengeant, un travail porteur de sens, qui offre des opportunités d'apprentissage et une certaine autonomie ou responsabilité du salarié. [8]

S'il est pertinent de favoriser les facteurs influençant positivement l'engagement au travail, il faudrait porter une attention particulière aux contraintes de travail qui elles ont été décrites comme limitant l'engagement [6]. Ainsi, il conviendrait de limiter les contraintes physiques et psychologiques liées au travail. Pour les infirmières, il s'agirait alors de développer des groupes de paroles afin d'exprimer leur ressenti vis-à-vis de certaines situations difficiles rencontrées au cours de leur exercice professionnel et limiter ainsi leur impact psychologique. Il faudrait également respecter des temps de pause et éventuellement aménager des espaces de détente ou du moins de "retrait" du service de soins de manière à réduire les contraintes à la fois physiques et psychologiques. Concernant les contraintes physiques, il faudrait également s'assurer de l'utilisation de matériel ergonomique et adapté à la tâche réalisée.

Nous avons donc tenté de mettre en avant les différentes mises en application possibles des résultats obtenus par notre travail, dans nos organisations. Afin de compléter cela, il nous apparaît intéressant, pour clore notre travail, d'évoquer le concept de qualité de vie au travail (QVT), qui est actuellement en pleine expansion au sein des organisations de santé, notamment du fait de sa normalisation par la haute autorité de santé (HAS). En effet, ce dernier est composé de différents pans, dont une grande partie semble similaire aux points clés mis en avant pour notre travail quant à l'amélioration de la fidélisation des infirmières tels que, par exemple, les compétences et les parcours professionnels, l'engagement et le management, ou encore les relations au travail et le climat social. Nous pouvons donc penser que la mise en application de ce concept pourrait en grande partie répondre aux axes d'amélioration que nous avons proposés.

Au sujet de la qualité de vie au travail, il est écrit dans le référentiel de certification V2020 de la HAS : *“que qualité de vie au travail (QVT) et qualité des soins, sécurité des soins, efficience sont liées. L'existence d'une politique de qualité de vie dans l'établissement, élaborée en concertation avec les professionnels et leurs représentants, suivie et évaluée, vise à prendre soin des salariés, concilier l'amélioration des conditions de vie au travail pour les salariés et la performance collective de l'établissement. La politique/démarche QVT de l'établissement repose sur une approche globale, interrogeant toutes les sphères du travail dont l'organisation du collectif, la place de l'individu et l'accompagnement qui lui est proposé au sein de ce collectif. Impulsée par la gouvernance, la politique/démarche QVT de l'établissement implique les professionnels. La pluridisciplinarité, le décloisonnement des acteurs, le principe de subsidiarité participent de la démarche.”* [53]

Si le concept a été introduit dans le secteur sanitaire dans l'optique de favoriser la qualité et la sécurité des soins, il n'en demeure pas moins qu'il semble que l'on puisse s'appuyer dessus pour favoriser la fidélisation du personnel.

Depuis quelques années, la notion de qualité de vie au travail est de plus en plus importante dans les établissements de santé. De par son contenu, il nous semble que le développement de cette dernière dans les organisations de santé pourrait être une des solutions à la mise en application des résultats obtenus dans notre étude. En effet, différents pans de la QVT sont relatifs à plusieurs facteurs prédictifs de l'engagement au travail et de l'empowerment structurel. A ce propos, il est rapporté dans le guide portant sur la QVT, réalisé en 2019 par l'Anact (Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail) et la direction générale de l'administration et de la fonction publique [54], que *“cinq objectifs*

peuvent retenir particulièrement l'attention des employeurs : répondre au besoin de sens au travail, favoriser la motivation des agents et leur engagement, mieux prévenir les risques professionnels, favoriser l'accompagnement des transformations et la conciliation des temps de la vie personnelle et professionnelle". De même, dans ce document sont rapportés les 6 axes composants la QVT que sont le contenu du travail, la santé au travail, les compétences et les parcours professionnels, l'égalité professionnelle, l'engagement et le management et enfin, les relations au travail et le climat social (Annexe 11). Le contenu du travail est relatif à la clarté des consignes données, à l'autonomie ou encore aux moyens permettant de le réaliser. Concernant la santé au travail, nous retrouvons l'aménagement des lieux et postes ou la prise en compte de la santé. Les compétences et le parcours professionnel sont relatifs à la gestion des compétences ou encore le plan de formation. L'égalité professionnelle est quant à elle en lien avec la conciliation entre vie professionnelle et vie personnel, l'aménagement des horaires ou encore l'usage des outils de communication. L'engagement et le management sont eux en lien avec l'existence de temps d'échange sur le travail, la connaissance de la stratégie et du projet de la structure, la diffusion des procédures de travail ou encore les informations sur les changements. Enfin, concernant les relations au travail et le climat social, ces derniers sont en rapport avec l'organisation des réunions internes, la diffusion des supports internes, les éléments conviviaux ou encore des lieux de pause. [54]

Du point de vue de la terminologie, il est à noter que suite aux ANI (Accords Nationaux Interprofessionnels) de décembre 2020, le terme de QVCT (qualité de vie et conditions de travail) a succédé à celui de QVT. Cependant dans les référentiels HAS concernant la certification des établissements de santé, le terme de QVT a été conservé.

La normalisation du concept de QVT, relativement récente dans les établissements de santé, via son intégration dans le référentiel de certification, devrait permettre son développement généralisé sur l'ensemble du territoire national, du fait du caractère incitatif de ce dernier. En conséquence, nous pouvons penser que de manière générale, la QVT pourrait favoriser l'engagement des salariés dans l'ensemble des établissements et pourrait réduire la fuite du personnel de ces derniers. Il s'agirait là, en quelque sorte, d'améliorer l'image métier de la profession infirmière en favorisant de bonnes conditions de travail au sein des établissements, de manière élargie. En cas de développement généralisé et homogène de la QVT sur l'ensemble du territoire comme suggéré par sa normalisation, nous pourrions penser qu'elle ne permettrait pas aux établissements de se distinguer les uns des autres sur ce point et ne permettrait donc pas à certains d'entre eux de se

démarquer sur le plan de la fidélisation et ou de l'attractivité du personnel soignant et notamment des infirmières. Cependant, nous pensons que même si la QVT est intégrée dans un référentiel national applicable à tous, chaque établissement à la liberté de s'engager dans la démarche QVT de manière plus ou moins importante et selon différentes approches, leur permettant ainsi, finalement, de se démarquer de la concurrence sur le plan de l'attractivité et de la fidélisation de son personnel.

Ainsi, il semblerait que la poursuite du développement de la QVT dans les établissements de santé, au-delà d'améliorer la qualité et la sécurité des soins, puisse avoir à la fois une influence positive sur l'attractivité "*métier*" de manière générale, mais également un impact spécifique pour tel ou tel établissement par rapport à ses concurrents selon l'usage qu'il en fera.

Conclusion

Par notre travail, nous avons donc tenté de démontrer que l'empowerment structurel pourrait améliorer l'engagement au travail des infirmières et réduire leur turnover au sein des organisations de santé.

En effet, cette question de la fidélisation du personnel soignant est aujourd'hui centrale dans les organisations de santé du fait du nombre important de démissions auquel elles font face, et qui sont en partie liées à la récente crise sanitaire relative au COVID 19.

Ainsi, nos recherches ont permis de confirmer un impact direct de l'empowerment structurel sur l'engagement au travail ainsi qu'une influence négative de cet engagement sur l'intention de quitter les organisations de santé de la part des infirmières. De même, nos résultats ont permis d'établir un lien indirect entre l'empowerment structurel et l'intention de quitter, via l'engagement au travail.

De ce fait, afin de limiter la fuite du personnel des établissements de santé, nous pensons qu'il conviendrait de mettre en œuvre l'empowerment structurel dans ces derniers et favoriser l'engagement au travail du personnel en s'appuyant sur les nombreux leviers impactant cet engagement.

Si notre travail a permis de confirmer l'impact de certains facteurs sur l'intention de quitter les organisations de la part des infirmières, il conviendra à l'avenir, par d'autres recherches, d'établir ou de confirmer l'impact d'autres leviers que nous n'avons pas abordés dans notre travail. Ainsi, il semblerait par exemple pertinent d'aborder la question de la RSE (Responsabilité Sociétale des Entreprises) qui est un concept récent et dans la mouvance actuelle du fait notamment de son aspect environnemental auquel la population générale semble de plus en plus sensible. De ce fait, il nous semble que dans le but de fidéliser leur personnel, les organisations de santé devraient à l'avenir s'attacher à être en accord avec les valeurs de leurs salariés sur ce point.

Bibliographie

- [1] SIBE M et ALIS D. (2016). "L'hôpital magnétique : un hôpital "aimant" qui favorise performance et bien-être au travail". Livre "Stress, Burn out, harcèlement moral. De la souffrance au travail au management qualitatif". Collection psychothérapie. Chapitre 10. p131-145. Éditions Dunod.
- [2] BAKKER A B, DEMEROUTI E. (2008). "Towards a model of work engagement". *Carrer Development international*;13(3):209-223.
- [3] ANCARANI A, Di MAURO C, GIAMMANCO MD. (May 2019). LInking organizational climate work engagement : A study in the Healthcare Sector. *International Journal of Public Administration*. Volume42 (Issue7) : 547-557
- [4] SLATTEN T, LIEN G, MUTONYI BR. (2022). "Precursors and outcomes of work engagement among nursing professionals-a cross-sectional study". *BMC Health Services Research*. 22:21.
- [5] MEHRAD A, FERNANDEZ-CASTRO J, GONZALEZ GOMEZ DE OLMEDO M P.(2020). "A systematic review of leadership styles, work engagement and organizational support". *International journal of research in business and social science*;9(4):66-77.
- [6] KEYKO K, CUMMINGS GG, YONGE O, WONG CA. (2016). "Work engagement in professional nursing practice : a systematic review". *International journal of nursing studies*.61:142-164.
- [7] AMOR A M, XANTHOPOULOU D, CALVO N. (2021). "Structural empowerment, psychological empowerment, and work engagement : A cross-country study". *European management journal*.
- [8] PUTRA ED, CHO S, LIU J.(2017). Extrinsic and intrinsic motivation on work engagement in the hospitality industry.Vol.17 (2): 228-241.
- [9] DE KETELE J-M. (2013). « Engagement professionnel » Dans *Dictionnaire des Concepts de la Professionnalisation*,101-104.
- [10] HSU HC, WANG PY, LIN LH, SHIH WM, LIN MH. (2015) "Exploring the Relationship Between Professional Commitment and Job Satisfaction Among Nurses". *Workplace Health and Safety*.63(9):392-8
- [11] RIGOULOT E. (2016). Article "Réflexion - Quel engagement professionnel infirmier ?". Online sur site internet www.infirmiers.com <https://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/competences-infirmiere/reflexion-quel-engagement-professionnel-infirmier.html>

- [12] HABEREY-KNUESSI V. (2013). "L'engagement professionnel et l'importance de la construction du sens". Article rédigé dans le cadre du congrès international AREF.
<https://aref2013.umontpellier.fr/?q=content/142-l%E2%80%99engagement-professionnel-et-l%E2%80%99importance-de-la-construction-du-sens-0>
- [13] DEMEROUTI E, BAKKER A-B, NACHREINER F et SCHAUFELI W-B. (2001). "The Job Demands-Resources model of Burnout". *Journal of Applied Psychology*. Vol 86.n°3.499-512.
- [14] BAKKER A-B, DEMEROUTI E et VERBEKE W. (2004). "Using the Job Demands-Resources Model to Predict Burnout and Performance". *Human Resource Management*. March.
- [15] BAKKER A-B, DEMEROUTI E, de BOER E et SCHAUFELI W-B. (2003). « Job Demands and Job Resources as predictors of absence duration and frequency ». *Journal of Vocation Behaviour*. 341-356.
- [16] FOUCHER R et SOUCY G. (1991). "Le climat organisationnel" dans "Pouvoirs et Cultures Organisationnels : Tome 4". Volume 4. Tessier et Tellier. Editeur Presses de l'Université du Québec.
- [17] BRUNET L et SAVOIE A. (2016). "Chapitre 1 : Mais qu'est-ce que le climat?". Dans le climat de travail.16-47.
- [18] JAMES, L. R. et JONES, A. P. (1974). "Organizational climate: A review of theory and research". *Psychological Bulletin*.81.1096-1112.
- [19] SAMASSEKOU S et FANE A. (2022). « Climat organisationnel et engagement au travail dans le secteur public : Cas des agents de la DRH du ministère de la Santé et des Affaires sociales au Mali ». *International Journal of Accounting, Finance, Auditing, Management and Economics*. Volume 3.
- [20] WERNER E. (Avril 1989). « Children of the Garden Island ». *Scientific American*: 76-89.
- [21] CYRULNIK B. (2001/2). « Manifeste pour la résilience ». Dans *Spirale* n°18 : 77-82.
- [22] BOUTERFAS N, DESRUMAUX P, LEROY-FREMONT N et BOUDENGHAN M. (2016). Charge de travail, Justice, soutien et résilience : quels effets sur l'épuisement professionnel des travailleurs sociaux et quelles médiations par la satisfaction des besoins ? *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale - Presse Universitaire de Liège*. n°10 : 177-207.
- [23] MEYER J-P et ALLEN N-J. (1991). A three-component conceptualization of organizational commitment. *Human Resource Management Review*,61-89.
- [24] TARQUINIO C et AUXEMERY Y. (2022). Manuel des Troubles Psychotraumatiques, Théories et pratiques cliniques- Chapitre 3 Adaptation et psychotraumatisme. Collection Psychothérapie chez DUNOD.

- [25] LAZARUS R et FOLKMAN S. (1984). Stress, appraisal, and coping. Springer. New York.
- [26] ANTONOVSKY H. (1987). Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well. Jossey-Bass.
- [27] ANTONOVSKY H et SAGY S. (1986). The development of a sense of coherence and its impact on responses to stress situations. *The Journal of Social Psychology*: 213–225.
- [28] ANTONOVSKY H. (1982). The salutogenic model of health. *Health, stress and coping*. Washington : Jossey – Bass Publishers: 182-197.
- [29] SCHAUFELI W-B et BAKKER A-B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study. *Journal of Organizational Behaviour*- n°25: 293-315.
- [30] SYLVAIN H . (2009) (UQAR-Rimouski-Canada). l'Empowerment dans le travail des infirmiers, un concept d'intérêt. *Savoir et soins infirmiers* . Elsevier Masson SAS.
- [31] GAGNON J. (2012). Empowerment extrait des concepts en sciences infirmières : 172-175.
- [32] NGQEZA K., DHANPAT N.(2021). Investigating the effects of employee empowerment on turnover intention in a mining organisation. *SA Journal of Human Resource Management*:
- [33] NOWAK R.(2021). Structural empowerment and serving culture as determinants of organizational identification and turnover intention. *Management Research Review*, Vol. 44 No. 2: 318-340.
- [34] MAYNARD and Al. (2012). Empowerment—Fad or Fab? A Multilevel Review of the Past Two Decades of Research. *Journal of Management*-.Vol 38 N°4
- [35] AMOR A. M., VAZQUEZ J, PABLO A., FAINA J. A. (2020). Transformational leadership and work engagement: Exploring the mediating role of structural empowerment. *European Management Journal*, 38(1): 169.
- [36] HIRIGOYEN G, VILLEGIER A. (2017).Le pouvoir dans l'entreprise copreneuriale: Implications théoriques et managériales. *Gestion 2000- 2017/5-6 (volume 34) :227-248*
- [37] BOUDRIAS J.S, ROUSSEAU V, MIGNEAULT P, MORIN A.J.S, COURCY F. (2010). Universités de Montréal et Sherbrooke Habilitation psychologique, validation d'une mesure en français. Canada. *Swiss journal of psychology* N°69 (3) : 147-159
- [38] CHENEVERT D, TREMBLAY MC, JOURDAIN G, SIMARD G, BOURHIS A.(2009). Le rôle médiateur de l'empowerment psychologique dans la relation entre l'empowerment structurel et les comportements de mobilisation ASAC. *Nagara Falls.Ontario*.
- [39] PETIT DIT DARIEL O. (2015). L'empowerment structurel des hôpitaux "magnétiques" est-il concevable en France ?. *Revue francophone internationale de recherche infirmière*. 1 : 197-204.

- [40] LEBLANC S et SYLVAIN H. (2011). Exploration de stratégies d'empowerment au travail d'infirmières d'une région isolée au Québec. *L'infirmière clinicienne* Vol 8 -N°2.
- [41] PATRICK A, LASHINGER H. (2005). The effect of structural empowerment and perceived organizational support on middle level nurse managers' role satisfaction. - *Journal of Nursing Management*.
- [42] CONNOLLY M, JACOBS S, SCOTT K. (2018). Clinical leadership, structural empowerment and psychological empowerment of registered nurses working in an emergency department. *Journal of nursing management*.
- [43] VAILLANT L. (2019). Réinventons le secteur de la santé, ils l'ont fait, découvrez leurs clés. Afnor éditions.
- [44] SMIRDEC M et VAILLANT L. (2021). Les hôpitaux magnétiques. Esanum.
- [45] AHMAD A.(2018). The relationship among job characteristics organizational commitment and employee turnover intentions.*Journal of Work-Applied Management*, Vol. 10 No. 1: 74-92.
- [46] DAHIYA S, RATH R.(2021). Talent management and its impact on organizational commitemnt and turnover Intention : A literature review. *IUP Journal of Organizational Behavior*; Hyderabad Vol. 20, N° 4 :22-39.
- [47] LU L, CHENG CHIEH LU A, GURSOY D, NEALE NR.(2016). Work engagement, job satisfaction, and turnover intentions. A comparaison between supervisors and line-level employees". *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, Vol. 28 No. 4: 737-761.
- [48] BERTRAND et HANSEZ. (2010/3). Facteurs d'insatisfaction incitant au départ et intention de quitter le travail: Analyse comparative des groupes d'âges. Presses universitaires de France. *Le travail Humain*.3 Vol 73 : 213-237
- [49] SCHAUFELI W.B, SALANOVA M, GONZALEZ-ROMA V et al. (2002). The Measurement of Engagement and Burnout: A Two Sample Confirmatory Factor Analytic Approach. *Journal of Happiness Studies* 3: 71–92.
- [50] Bothma C.F.C et Roodt G. "The validation of the turnover intention scale". 2013. *SA Journal of Human Resource Management*. 11(1) : 1-12
- [51] GEORGESCU I. (2010) Thèse : La pression financière interne, ses déterminants et ses effets sur les attitudes et comportements : le cas de l'hôpital public français
- [52] ZECCA G, GYORKOS C, BECKERT J, MASSOUDI K, DE BRUIN G-P, ROSSIER J. (2015). Validation of French Utrecht Work Engagement Scale and its relationship with personality traits ans impulsivity. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*. Vol 65. Issue 1: 19-28

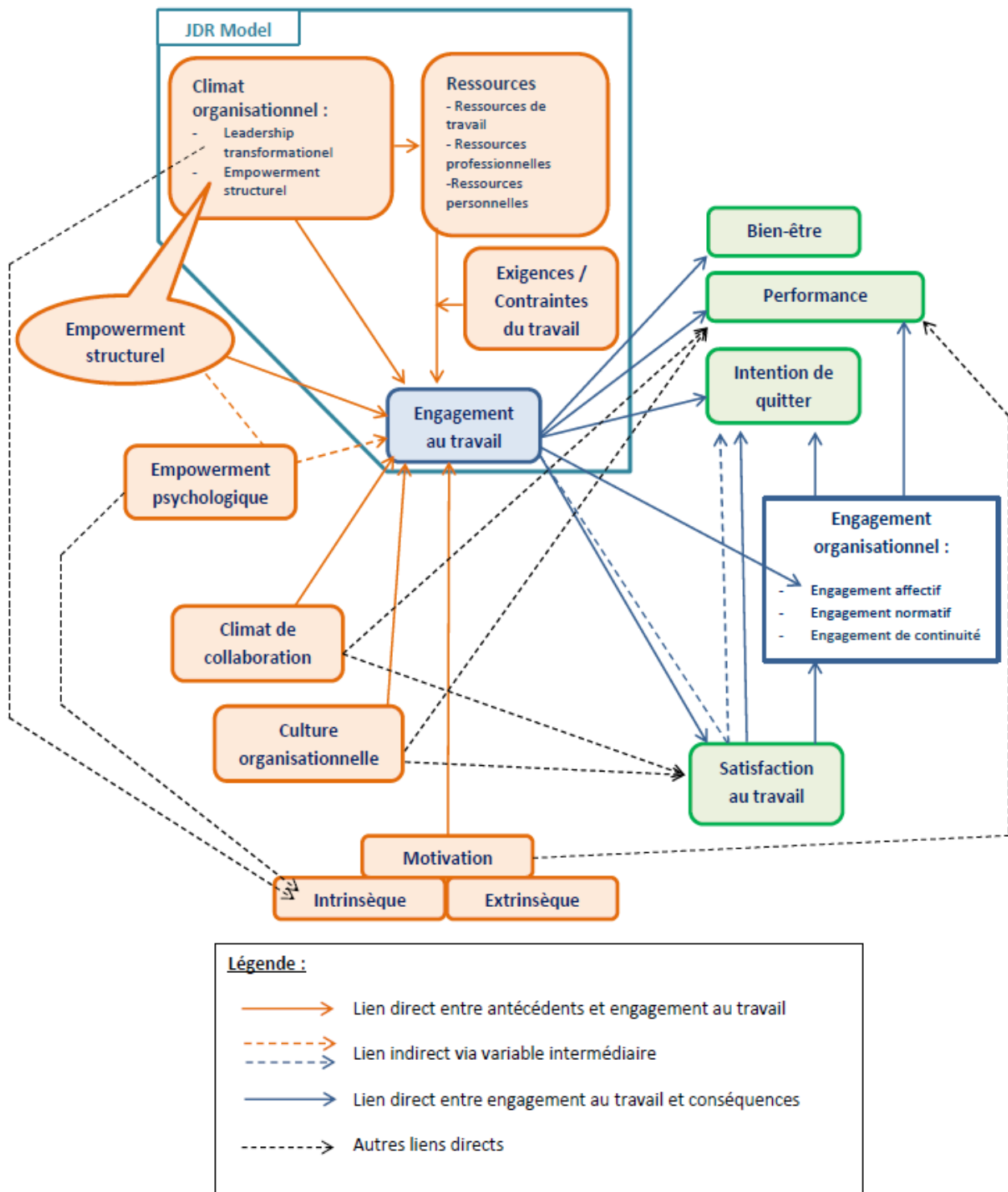
[53] HAS Manuel de certification des établissements de santé pour la qualité des soins. (2021). Objectif 3.5 les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance : 167

[54] Ministère de l'action et des comptes publics : guide de la Qualité de Vie au Travail outils et méthodes pour conduire une démarche QVT (2019). <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide-qvt-2019.pdf>

Sommaire des Annexes

- ANNEXE 1 : Antécédents et conséquences de l'engagement au travail
- ANNEXE 2 : Questionnaire quantitatif relatif à la recherche
- ANNEXE 3 : Note diffusée auprès de la population ciblée pour répondre au questionnaire
- ANNEXE 4 : Description de l'échantillon
- ANNEXE 5 : Résultats issus des analyses croisées Sphinx
- ANNEXE 6 : Fiabilité des échelles : Alpha de Cronbach
- ANNEXE 7 : Modèle d'équation structurelle réalisé initialement, non qualitatif
- ANNEXE 8 : Modèles d'équation structurelle qualitatifs pour chaque variable latente
- ANNEXE 9 : Modèle d'équation structurelle final, qualitatif
- ANNEXE 10 : Résultats modèle d'équation structurelle final
 - Partie 1 : Liens directs
 - Partie 2 : Liens indirects
- ANNEXE 11 : Les 6 pans de la QVT selon le Ministère de l'Action et des Comptes publics

ANNEXE 1: Antécédents et conséquences de l'engagement au travail



ANNEXE 2 : Questionnaire quantitatif relatif à la recherche

QUESTIONS GÉNÉRALES

1. Dans quel type d'établissement de santé travaillez-vous ?
Etablissement de santé public / privé à but lucratif / privé à but non lucratif
2. Êtes-vous un homme ou une femme ?
3. Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?
15-20 ans / 20-30 ans / 30-40 ans / 40-50 ans / 50-60 ans / 60-70 ans
4. Êtes-vous Célibataire / en couple / Séparé ou divorcé ?
5. Avez-vous des enfants ?
6. Dans quel service exercez-vous ?
7. En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'IDE ?
8. Depuis combien de temps travaillez-vous dans votre établissement actuel
Entre 0 et 5 ans / entre 5 et 10 ans / Entre 10 et 20 ans / > 20 ans
9. Avez-vous l'intention de quitter votre établissement actuel ? Oui / Non
10. Dans ce cas, resterez-vous dans le secteur de la santé ?
11. Depuis l'obtention de votre diplôme d'IDE, dans combien d'établissements et/ou services différents avez-vous exercé ?

TURNOVER INTENTION SCALE (TIS-6)

11. Avez-vous déjà envisagé de quitter votre emploi ? Jamais 1 – 2 – 3 – 4 – 5 Toujours
12. Dans quelle mesure vos besoins personnels sont-ils satisfaits au travail ? Très satisfaisant 1 – 2 – 3 – 4 – 5 Pas du tout satisfaisant
13. A quelle fréquence êtes-vous frustré lorsqu'on ne vous donne pas l'occasion d'atteindre vos objectifs personnels au travail ? Jamais 1 – 2 – 3 – 4 – 5 Toujours
14. A quelle fréquence rêvez-vous d'obtenir un autre emploi qui répondra mieux à vos besoins personnels ? Jamais 1 – 2 – 3 – 4 – 5 Toujours
15. Dans quelle mesure êtes-vous susceptible d'accepter un autre emploi au même niveau de rémunération s'il vous est offert ? Hautement improbable 1 – 2 – 3 – 4 – 5 Hautement probable
16. Avez-vous hâte de votre prochaine journée de travail ? Toujours 1 – 2 – 3 – 4 – 5 Jamais

UTRECHT WORK ENGAGEMENT SCALE

Items cotés de 1 à 5 :

1="Jamais"; 2="Rarement"; 3="Occasionnellement"; 4="assez souvent"; 5="Très souvent"

• Absorption:

17. Lorsque je travaille j'oublie tout autour de moi
18. Le temps passe à toute allure lorsque je travaille
19. Je suis complètement absorbé(e) par mon travail
20. Il m'est très difficile de me détacher de mon travail
21. Je suis littéralement plongé(e) dans mon travail
22. Je suis content(e) lorsque je suis captivé(e) par mon activité

• Dévouement

23. Selon moi mon travail est un véritable challenge
24. Mon travail m'inspire
25. Je suis passionné(e) par mon travail
26. Je suis fier(e) du travail que je fais
27. Je trouve que mon travail a un sens et une utilité

• La vigueur:

28. Lorsque je me lève le matin j'ai envie d'aller travailler.
29. Je déborde d'énergie pour mon travail
30. Je persévère toujours dans mon travail même quand les choses ne se passent pas bien.
31. J'arrive à travailler longtemps sans m'arrêter
32. Je ne me laisse pas abattre dans mon travail
33. Je me sens assez fort(e) pour faire ce métier.

CWEQ-II (structural empowerment)

Items côtés de 1 à 5

1=Pas du tout; 2=Plutôt non; 3= Cela dépend; 4=Plutôt oui; 5=Tout à fait

- **Opportunités**

34. Votre travail est-il stimulant ?

35. Votre travail vous offre-t-il l'opportunité d'acquérir de nouvelles compétences et savoir dans le travail ?

36. Votre travail présente-t-il des tâches qui nécessitent l'utilisation de vos propres compétences et savoir ?

- **Informations**

37. Avez-vous connaissance d'informations sur l'actualité de l'établissement ?

38. Avez-vous connaissance d'informations sur les valeurs de l'établissement ?

39. Avez-vous connaissance d'informations sur les objectifs de l'établissement ?

- **Support organisationnel**

40. Recevez-vous des informations spécifiques sur ce que vous faites bien ?

41. Recevez-vous des commentaires spécifiques sur les choses que vous pourriez améliorer ?

42. Recevez-vous des conseils pour la résolution de problèmes ?

- **Accès aux ressources**

43. Avez-vous du temps disponible pour réaliser du travail administratif ?

44. Avez-vous le temps de réaliser votre travail ?

45. Avez-vous l'opportunité d'obtenir de l'aide temporairement quand cela est nécessaire ?

ANNEXE 3: Note diffusée auprès de la population ciblée pour répondre au questionnaire

Enquête – Mémoire « Fidélisation des IDE dans les établissements de santé »

Bonjour,

Dans le cadre de la réalisation de notre mémoire portant sur la **fidélisation des IDE au sein des établissements de santé**, nous nous permettons de vous soumettre un **questionnaire** visant à déterminer quels pourraient être les éventuels leviers à mettre en place.

Etant donné qu'il nous a fallu choisir un métier en particulier pour que notre étude soit pertinente, ce questionnaire s'adresse :

Uniquement aux Infirmiers/Infirmières Diplômé(e)s d'Etat en CDI.

(Les étudiant(e)s et les IDE en CDD ou intérim ne sont pas sollicité(e)s pour cette étude)

Nous invitons donc toutes et tous les IDE à y répondre en scannant le QR-Code ci-dessous :



Ce questionnaire dure 10 minutes et est anonyme.

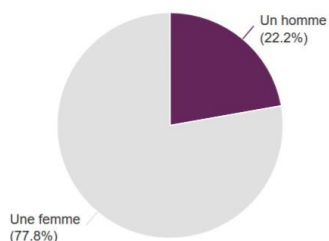
Nous vous remercions par avance pour le temps que vous y consacrerez.

Si vous rencontrez des difficultés pour accéder au questionnaire via le QR-Code, n'hésitez pas à nous adresser un mail à ceseg@ceseg.org nous vous enverrons un lien en retour pour pouvoir y répondre.

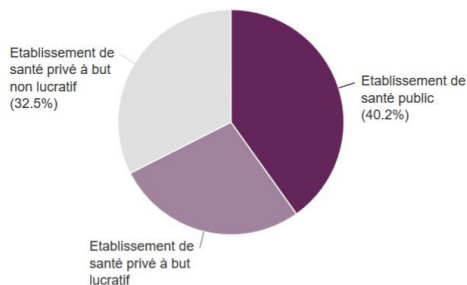
Miren, Eric et Vincent
M2 Management stratégique des organisations de santé
CESEGH – Montpellier

ANNEXE 4 : Description de l'échantillon

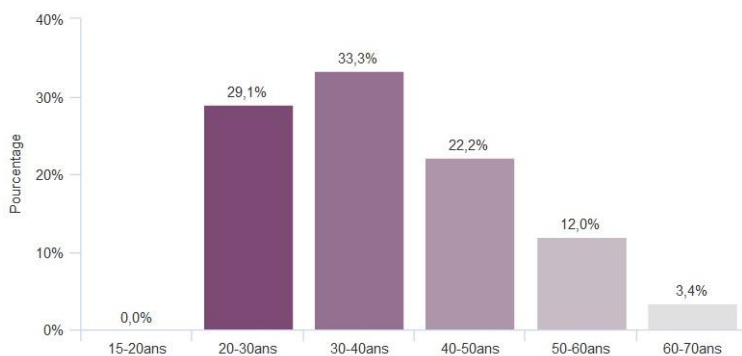
Répartition femmes-hommes de l'échantillon :



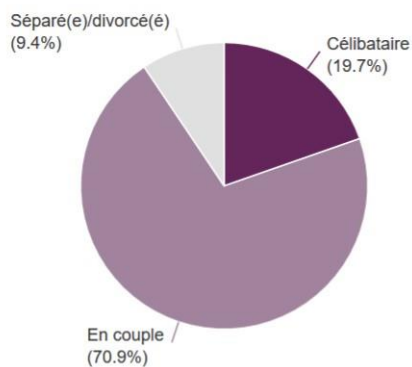
Répartition des types d'établissements auxquels appartiennent les répondants :



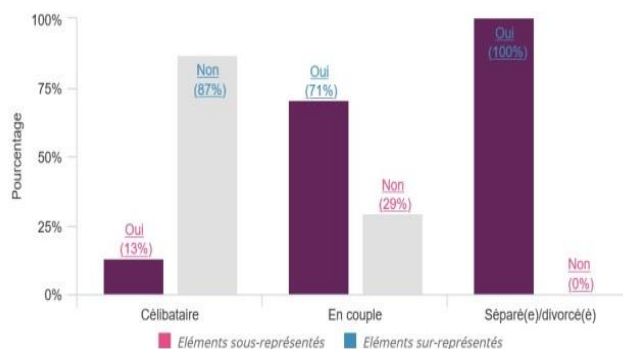
Répartition des infirmières répondantes par tranches d'âge :



Statut familial des répondants :



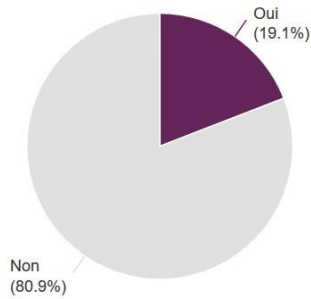
Relation entre le statut familial et le fait d'avoir des enfants :



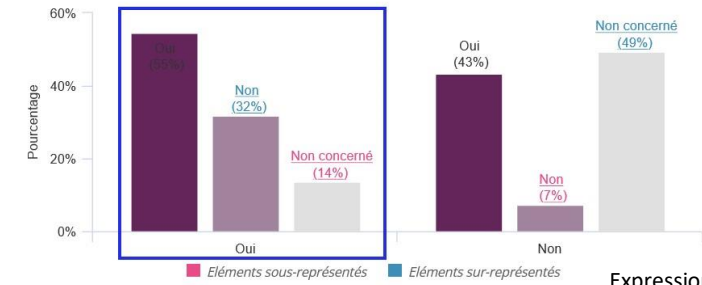
La relation est très significative. $p\text{-value} < 0,01$; $K\chi^2 = 32,8$; $ddl = 2$.

ANNEXE 5 - Partie 1 : Résultats issus des analyses croisées Sphinx

Répartition des répondants déclarant vouloir quitter leur établissement :



Relation entre l'expression du souhait de quitter l'organisation et le souhait de ne pas rester dans le secteur de la santé en cas d'expression du souhait de quitter l'organisation :

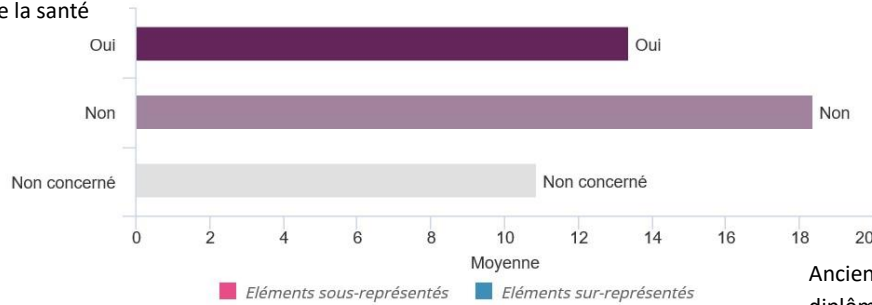


La relation est très significative. $p\text{-value} < 0,01$; $\text{Chi}^2 = 14,0$; $\text{ddl} = 2$.

Expression du souhait de quitter

Relation entre le souhait de rester dans le secteur de la santé en cas d'intention de quitter et l'ancienneté de diplôme :

Souhait de rester dans le secteur de la santé

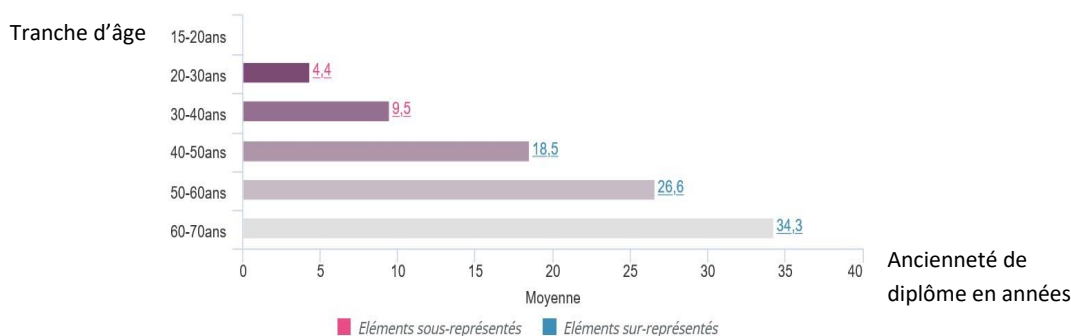


La relation est significative. $p\text{-value} = 0,0$; $\text{Fisher} = 3,2$.
 Variance inter = 287,7. Variance intra = 90,7.

Ancienneté de diplôme en années

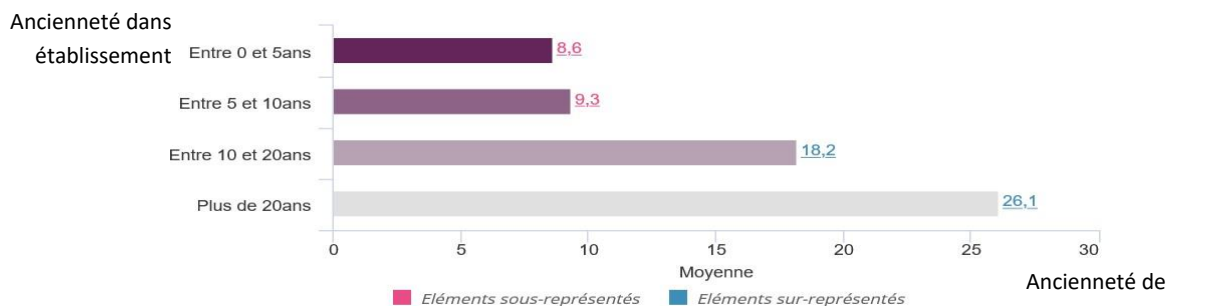
ANNEXE 5 – Partie 2 : Résultats issus des analyses croisées Sphinx

Relation entre la tranche d'âge des répondants et l'ancienneté de leur diplôme :



La relation est très significative. $p\text{-value} < 0,01$; Fisher = 76,6.
 Variance inter = 2 054,2. Variance intra = 26,8.

Relation entre l'ancienneté de diplôme et l'ancienneté dans l'établissement :



La relation est très significative. $p\text{-value} < 0,01$; Fisher = 21,8.
 Variance inter = 1 378,3. Variance intra = 63,3.

Nombre d'établissements fréquentés au cours de la carrière en fonction de l'ancienneté de diplôme :

Ancienneté de diplôme en années	DEPUIS L'OBTENTION DE VOTRE DIPLOME D'IDE, DANS COMBIEN D'ÉTABLISSEMENTS DIFFÉRENTS AVEZ-VOUS EXERCÉ?
Moins de 5	2,5
De 5 à 9	2,2
De 10 à 14	2,5
De 15 à 19	2,8
De 20 à 24	3,0
De 25 à 29	3,1
De 30 à 39	4,1
De 40 à 44	8,0
45 et plus	
TOTAL	2,7

■ Éléments significativement inférieurs à la moyenne ■ Éléments significativement supérieurs à la moyenne

La relation est peu significative. $p\text{-value} = 0,1$; Fisher = 1,6.
 Variance inter = 7,9. Variance intra = 5,0.

ANNEXE 6 : Fiabilité des échelles : Alpha de Cronbach

Fiabilité de l'échelle de mesure de l'intention de quitter : Turnover Intention Scale-6 :

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,719	6

Fiabilité de l'échelle de mesure de l'engagement au travail : Utrecht Work Engagement Scale :

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,858	17

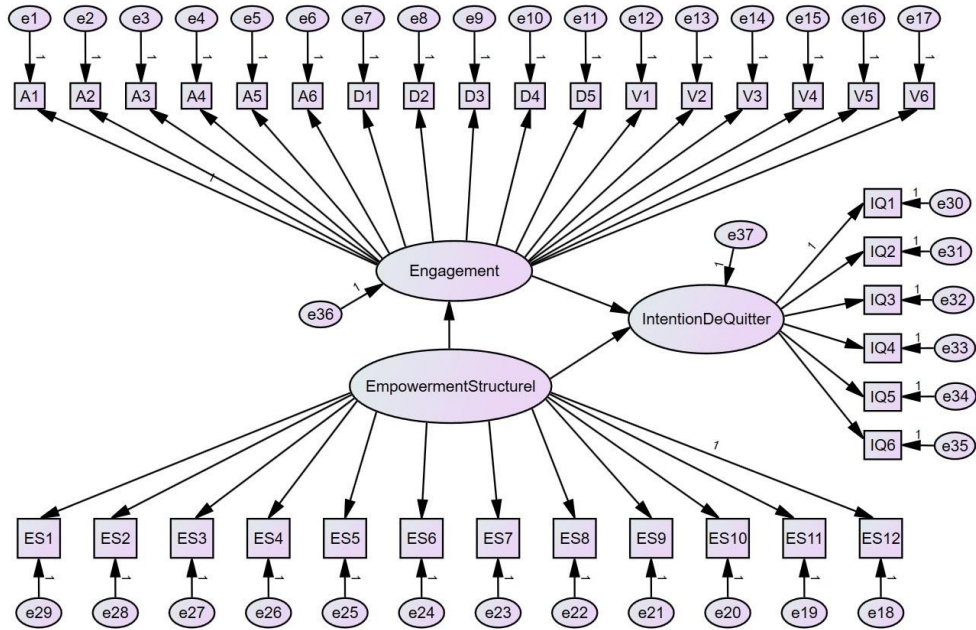
Fiabilité de l'échelle de mesure de l'empowerment structurel : CWEQ-II

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,842	12

ANNEXE 7 : Modèle d'équation structurelle réalisé initialement, non qualitatif

Modèle d'équation structurelle initial



Indices d'ajustement du modèle d'équation structurelle initial : Model Fit Summary

CMIN

Model	NPAR	CMIN	DF	P	CMIN/DF
Default model	73	1201,692	557	,000	2,157
Saturated model	630	,000	0		
Independence model	35	2267,302	595	,000	3,811

NCP

Model	NCP	LO 90	HI 90
Default model	644,692	548,571	748,544
Saturated model	,000	,000	,000
Independence model	1672,302	1530,013	1822,111

RMR, GFI

Model	RMR	GFI	AGFI	PGFI
Default model	,103	,607	,556	,537
Saturated model	,000	1,000		
Independence model	,225	,299	,258	,283

FMIN

Model	FMIN	F0	LO 90	HI 90
Default model	10,359	5,558	4,729	6,453
Saturated model	,000	,000	,000	,000
Independence model	19,546	14,416	13,190	15,708

Baseline Comparisons

Model	NFI	RFI	IFI	TLI	CFI
	Delta1	rho1	Delta2	rho2	
Default model	,470	,434	,623	,588	,614
Saturated model	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Independence model	,000	,000	,000	,000	,000

RMSEA

Model	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
Default model	,100	,092	,108	,000
Independence model	,156	,149	,162	,000

Parsimony-Adjusted Measures

Model	PRATIO	PNFI	PCFI
Default model	,936	,440	,575
Saturated model	,000	,000	,000
Independence model	1,000	,000	,000

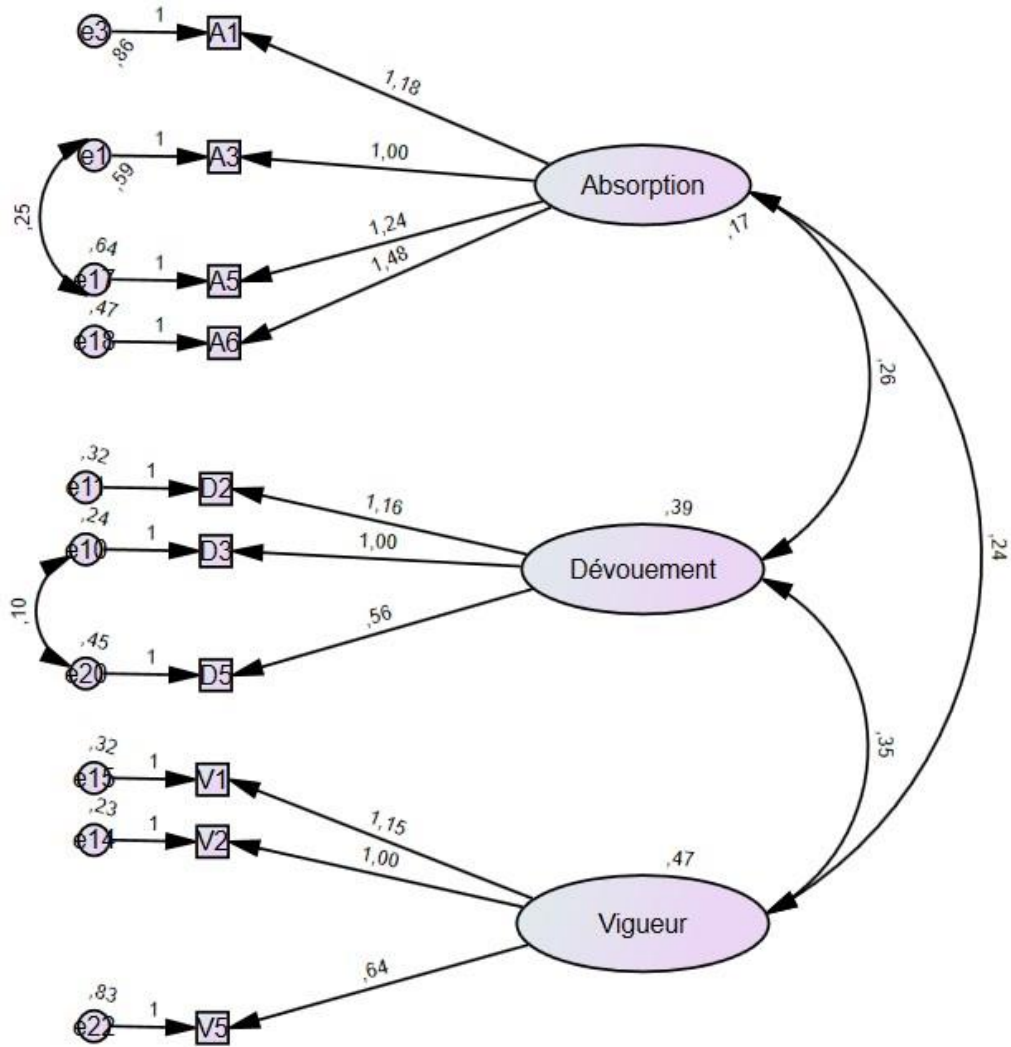
AIC

Model	AIC	BCC	BIC	CAIC
Default model	1347,692	1413,392	1549,331	1622,331
Saturated model	1260,000	1827,000	3000,170	3630,170
Independence model	2337,302	2368,802	2433,978	2468,978

ANNEXE 8 - Partie 1 :

Modèles d'équation structurelle qualitatifs pour chaque variable latente

Modèle d'équation structurelle qualitatif pour variable latente « Engagement » :

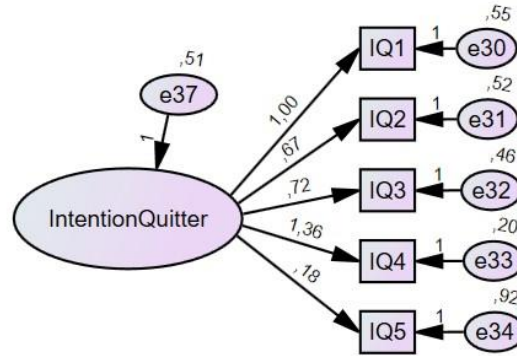


ANNEXE 8 - Partie 2 :

Modèles d'équation structurelle qualitatifs pour chaque variable latente

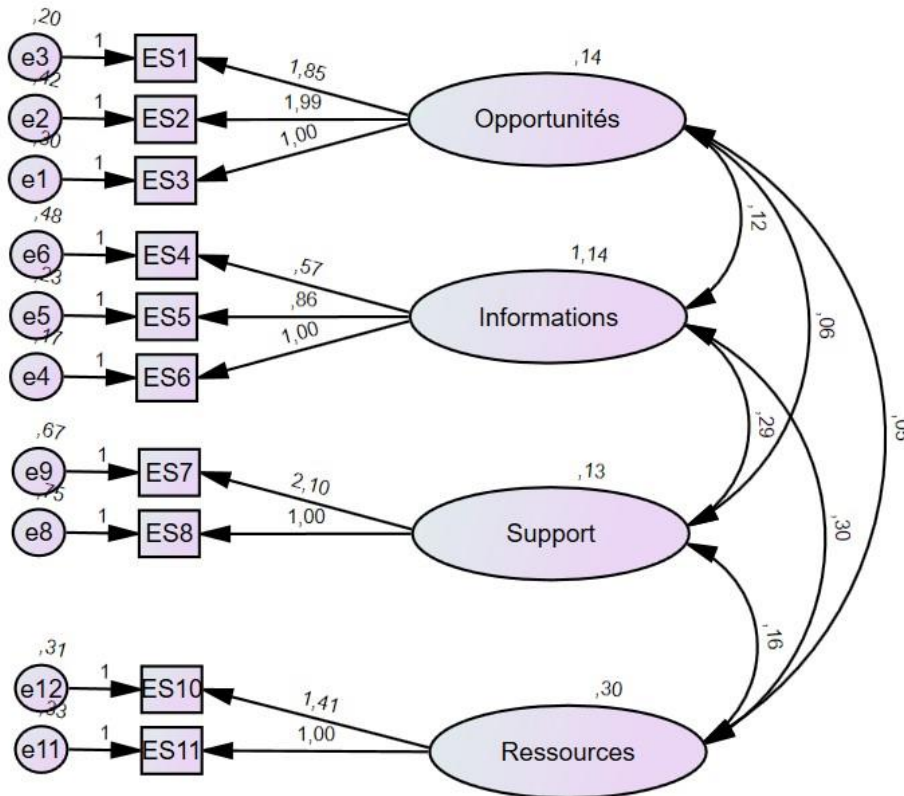
Modèle d'équation structurelle qualitatif pour variable latente « Intention de Quitter » :

(Retrait de la variable manifeste (items) « IQ6 » par rapport au modèle initial)



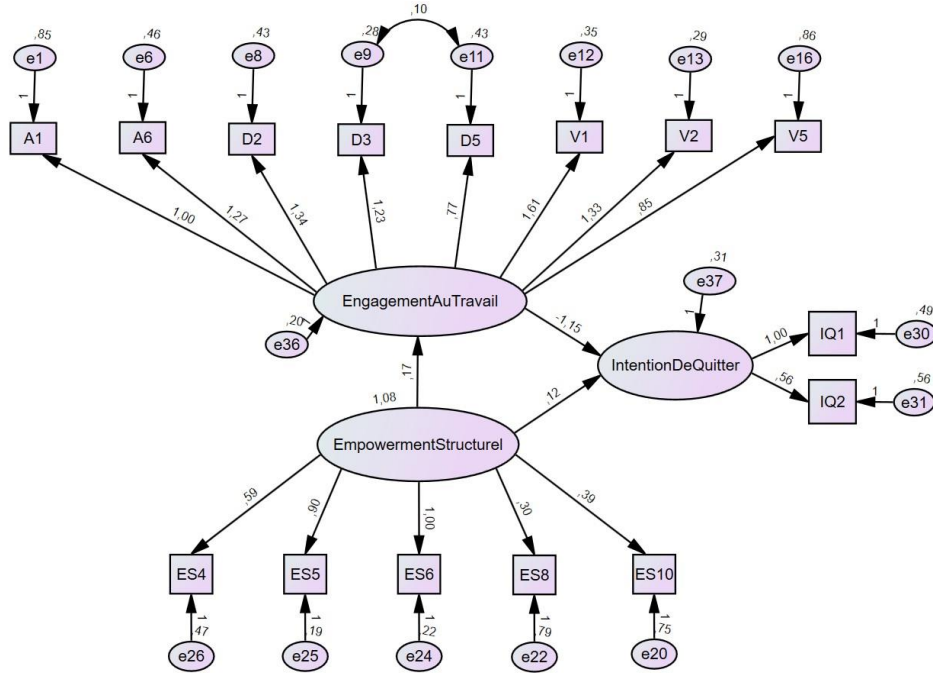
Modèle d'équation structurelle qualitatif pour variable latente « Empowerment Structurel » :

(Retrait des variables manifestes (items) « ES9 » et « ES12 » par rapport au modèle initial)



ANNEXE 9 : Modèle d'équation structurelle final, qualitatif

Modèle d'équation structurelle final et résultats du modèle



Indices d'ajustement du modèle d'équation structurelle final : Model Fit Summary

CMIN

Model	NP	CMIN	DF	P	CMIN/DF
Default model	34	99,553	86	.151	1,158
Saturated model	120	.000	0		
Independence model	15	695,913	105	.000	6,628

NCP

Model	NCP	LO 90	HI 90
Default model	13,553	.000	42,484
Saturated model	.000	.000	.000
Independence model	590,913	511,173	678,139

RMR, GFI

Model	RMR	GFI	AGFI	PGFI
Default model	.046	.904	.866	.648
Saturated model	.000	1,000		
Independence model	.252	.438	.357	.383

FMIN

Model	FMIN	F0	LO 90	HI 90
Default model	.858	.117	.000	.366
Saturated model	.000	.000	.000	.000
Independence model	5,999	5,094	4,407	5,846

Baseline Comparisons

Model	NFI	RFI	IFI	TLI	CFI
	Delta1	rho1	Delta2	rho2	
Default model	.857	.825	.978	.972	.977
Saturated model	1,000		1,000		1,000
Independence model	.000	.000	.000	.000	.000

RMSEA

Model	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
Default model	.037	.000	.065	.747
Independence model	.220	.205	.236	.000

Parsimony-Adjusted Measures

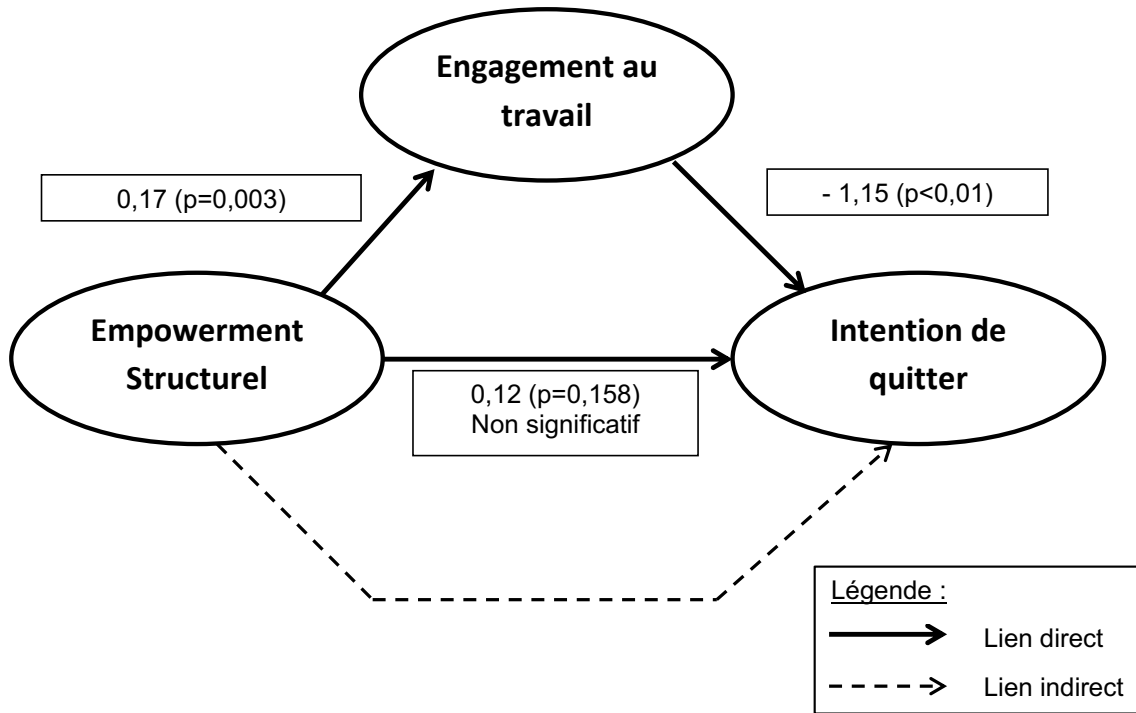
Model	PRATIO	PNFI	PCFI
Default model	.819	.702	.800
Saturated model	.000	.000	.000
Independence model	1,000	.000	.000

AIC

Model	AIC	BCC	BIC	CAIC
Default model	167,553	178,433	261,467	295,467
Saturated model	240,000	278,400	571,461	691,461
Independence model	725,913	730,713	767,345	782,345

ANNEXE 10 - Partie 1 : Résultats modèle d'équation structurelle final

Liens directs

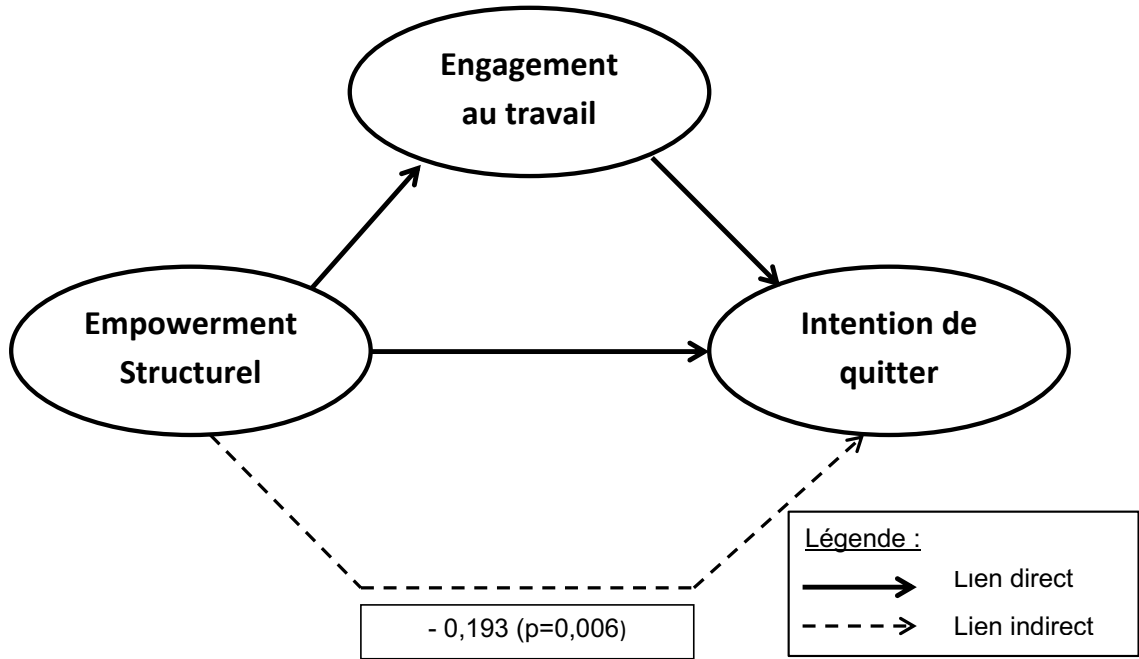


Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

			Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
EngagementAuTravail	<---	EmpowermentStructurel	,168	,056	3,010	,003	par_4
IntentionDeQuitter	<---	EmpowermentStructurel	,125	,088	1,411	,158	par_2
IntentionDeQuitter	<---	EngagementAuTravail	-1,147	,300	-3,820	***	par_3
ES6	<---	EmpowermentStructurel	1,000				
IQ1	<---	IntentionDeQuitter	1,000				
IQ2	<---	IntentionDeQuitter	,562	,165	3,414	***	par_1
V5	<---	EngagementAuTravail	,851	,252	3,381	***	par_5
ES8	<---	EmpowermentStructurel	,302	,084	3,584	***	par_7
ES5	<---	EmpowermentStructurel	,899	,072	12,414	***	par_8
ES4	<---	EmpowermentStructurel	,590	,071	8,273	***	par_9
ES10	<---	EmpowermentStructurel	,388	,084	4,649	***	par_10
A6	<---	EngagementAuTravail	1,273	,282	4,506	***	par_11
D3	<---	EngagementAuTravail	1,229	,262	4,696	***	par_12
D2	<---	EngagementAuTravail	1,345	,293	4,591	***	par_13
D5	<---	EngagementAuTravail	,769	,202	3,801	***	par_14
V2	<---	EngagementAuTravail	1,330	,280	4,745	***	par_15
A1	<---	EngagementAuTravail	1,000				
V1	<---	EngagementAuTravail	1,609	,335	4,811	***	par_16

ANNEXE 10 - Partie 2 : Résultats modèle d'équation structurelle final –

Liens indirects



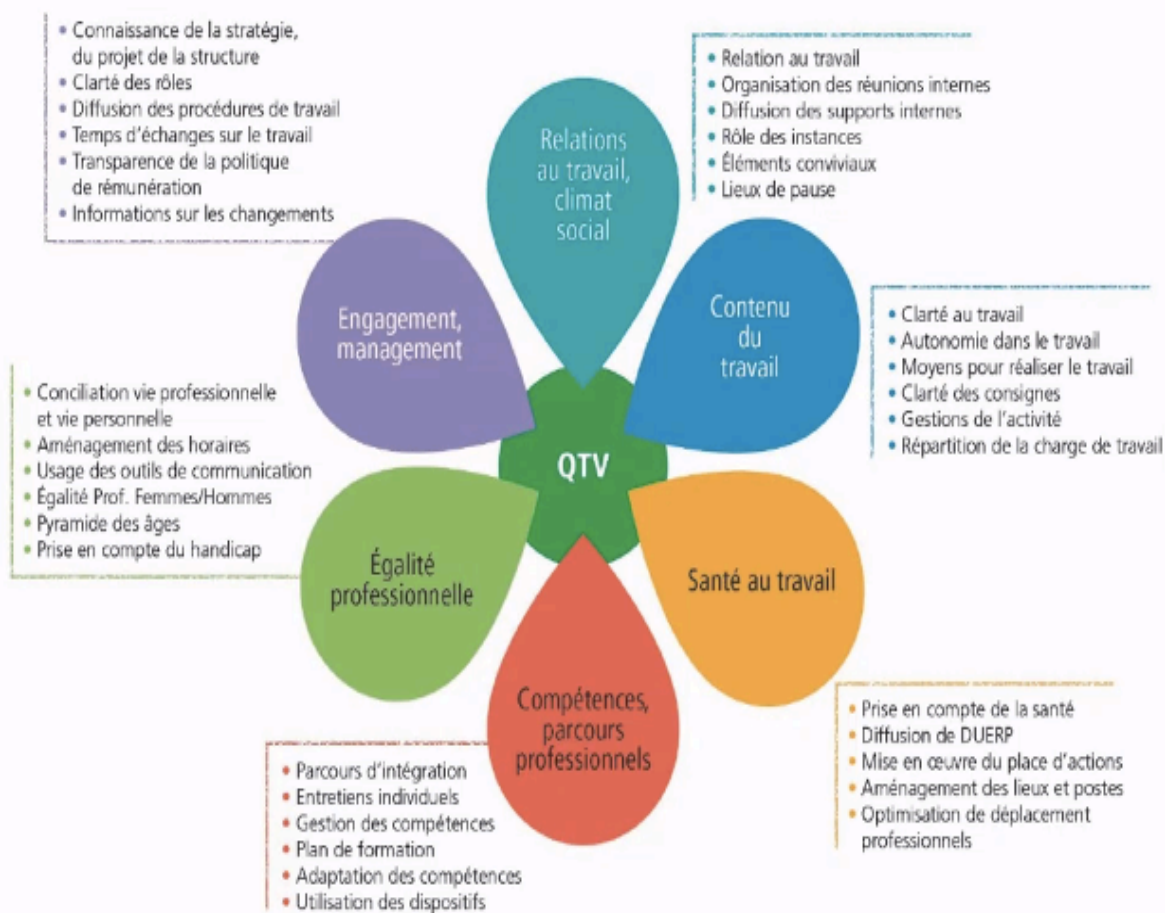
Indirect Effects (Group number 1 - Default model)

	EmpowermentStructurel	EngagementAuTravail	IntentionDeQuitter
EngagementAuTravail	.000	.000	.000
IntentionDeQuitter	-.193	.000	.000
IQ2	-.038	-.645	.000
IQ1	-.068	-1,147	.000
ES4	.000	.000	.000
ES5	.000	.000	.000
ES6	.000	.000	.000
ES8	.000	.000	.000
ES10	.000	.000	.000
V5	.143	.000	.000
V2	.224	.000	.000
V1	.271	.000	.000
D5	.129	.000	.000
D3	.207	.000	.000
D2	.226	.000	.000
A6	.214	.000	.000
A1	.168	.000	.000

Indirect Effects - Two Tailed Significance (BC) (Group number 1 - Default model)

	EmpowermentStructurel	EngagementAuTravail	IntentionDeQuitter
EngagementAuTravail
IntentionDeQuitter	.006

ANNEXE 11 - Les 6 pans de la QVT selon le Ministère de l'Action et des Comptes publics [54]



Source ARACT PACA