

**L'ENGAGEMENT AU TRAVAIL DU PERSONNEL INFIRMIER :
IMPACT SUR LA SANTÉ PSYCHOLOGIQUE**

José Ndzeno

Thèse soumise à l'Université d'Ottawa
dans le cadre des exigences du programme des études supérieures en
éducation en vue de l'obtention du grade de Philosophiæ Doctor (Ph. D.).

Faculté d'éducation
Université d'Ottawa

Déclaration du comité de thèse

Cette thèse, intitulée L'engagement au travail du personnel infirmier : impact sur la santé psychologique, a été évaluée et approuvée par le comité de thèse composé des membres suivants :

Candidat

José Ndzeno

Directrice de thèse

Carole Sénéchal, Ph. D.

Membres du jury

Roula Hadchiti, Ph. D.

Luc Brunet, Ph. D.

Louis Trudel, Ph. D.

Donatille Mujawamariya, Ph. D

Résumé

Cette thèse propose une analyse globale et approfondie de la relation entre l'engagement du personnel infirmier et la santé psychologique dans un contexte marqué par une détérioration importante du bien-être au travail. Elle s'inscrit dans un environnement professionnel où les infirmières et infirmiers doivent composer avec des exigences organisationnelles croissantes, des responsabilités plus complexes, une charge émotionnelle soutenue et un manque persistant de reconnaissance. Ces conditions contribuent à un niveau préoccupant de détresse psychologique, à un épuisement accru et à des intentions de départ plus fréquentes. L'objectif général de la recherche est de clarifier les concepts d'engagement, d'intention de quitter et de santé psychologique, souvent employés de manière ambiguë dans la littérature, puis d'examiner empiriquement leurs relations afin de proposer un modèle conceptuel solide et pertinent pour les milieux de soins.

Le **chapitre 1** introduit le contexte historique et organisationnel de la profession infirmière. Il montre comment la modernisation du système de santé, l'évolution des hôpitaux et la complexification des tâches ont progressivement modifié les conditions de travail. Dans ce contexte, la santé psychologique du personnel se fragilise, tandis que l'engagement est fréquemment présenté comme une ressource essentielle, bien que son concept reste insuffisamment défini. Ce chapitre établit ainsi la nécessité d'une clarification conceptuelle préalable à toute démarche empirique.

Le **chapitre 2** présente une étude de portée basée sur le cadre PRISMA-ScR. La méthode consiste à identifier, sélectionner et analyser les études des dix dernières années portant sur l'engagement et la santé psychologique dans le domaine infirmier. Les résultats révèlent une forte hétérogénéité dans les définitions. La santé psychologique apparaît toutefois comme une structure bidimensionnelle regroupant le bien-être et la détresse psychologique, même si les concepts sont

souvent utilisés sans précision. Pour sa part, l'engagement se décline sous plusieurs formes — organisationnel, professionnel, personnel ou au travail — sans consensus global. La discussion souligne que cette diversité théorique empêche l'accumulation systématique des connaissances et justifie la nécessité d'un cadre conceptuel harmonisé. Elle montre également que, malgré ces divergences, l'engagement est systématiquement associé à une meilleure santé psychologique, ce qui oriente la réflexion vers une étude empirique approfondie.

Le **chapitre 3** expose cette étude empirique menée auprès d'un large échantillon du personnel infirmier. Il propose un modèle inversé où l'intention de quitter est envisagée comme un prédicteur de la santé psychologique. Les analyses statistiques démontrent que plus l'intention de quitter est élevée, plus la détresse psychologique augmente et plus le bien-être diminue. Le leadership joue un rôle central : le leadership authentique exerce un rôle protecteur surtout dans la dynamique longitudinale, tandis que le leadership tyrannique amplifie les effets négatifs de l'intention de quitter. Ces résultats appuient globalement le modèle proposé, tout en soulignant que certains effets, notamment ceux du leadership authentique et de la bidirectionnalité, doivent être interprétés de manière nuancée.

Le **chapitre 4** discute les apports théoriques et pratiques de ces résultats. Il montre que la prise en compte du désengagement intentionnel et du leadership permet de mieux comprendre les mécanismes de détérioration psychologique dans les milieux infirmiers. Le modèle proposé s'inscrit dans une perspective intégrée s'appuyant sur le cadre des Demandes–Ressources au travail.

Enfin, le **chapitre 5**, qui constitue la conclusion générale, met en avant les contributions majeures de la thèse : une clarification conceptuelle essentielle, une démonstration empirique novatrice de la dynamique entre intention de quitter et santé psychologique et des

recommandations pratiques visant à renforcer l'engagement, prévenir la détresse et améliorer la qualité de vie au travail. La thèse ouvre ainsi de nouvelles perspectives théoriques et opérationnelles pour soutenir durablement la santé psychologique du personnel infirmier.

Mots clés : Engagement infirmier, santé psychologique, intention de quitter, bien-être au travail, détresse psychologique, leadership authentique, leadership tyrannique, modèle Demandes–Ressources.

Abstract

This thesis offers a comprehensive and in-depth analysis of the relationship between nurses' work engagement and psychological health within a context marked by a significant decline in workplace well-being. It is situated in a professional environment where nurses must contend with increasing organizational demands, more complex responsibilities, sustained emotional labor, and a persistent lack of recognition. These conditions contribute to alarming levels of psychological distress, heightened exhaustion, and a growing intention to leave the profession. The overall objective of the research is to clarify the concepts of engagement, intention to quit, and psychological health—terms often used ambiguously in the literature—and then to examine their empirical relationships to propose a coherent and relevant conceptual model for healthcare settings.

Chapter 1 introduces the historical and organizational context of the nursing profession. It shows how the modernization of the healthcare system, the evolution of hospitals, and the growing complexity of tasks have progressively reshaped working conditions. In this context, nurses' psychological health becomes increasingly vulnerable, while engagement is frequently presented as an essential resource, even though its conceptual foundations remain insufficiently defined. This chapter therefore establishes the need for conceptual clarification before undertaking any empirical analysis.

Chapter 2 presents a systematic scoping review based on the PRISMA-ScR framework. The method involves identifying, selecting, and analyzing studies from the past ten years that focus on engagement and psychological health in nursing. The results reveal considerable heterogeneity in definitions. Psychological health appears as a bidimensional construct comprising well-being and psychological distress, although these notions are often used imprecisely. Engagement

emerges in multiple forms—organizational, professional, personal, or work engagement—with no global consensus. The discussion highlights how this theoretical diversity hinders the systematic accumulation of knowledge and supports the need for a harmonized conceptual framework. It also shows that, despite these discrepancies, engagement is consistently associated with better psychological health, thereby pointing toward the necessity of an in-depth empirical investigation.

Chapter 3 presents this empirical study conducted with a large sample of nursing personnel. It introduces a reversed model in which intention to quit is considered a predictor of psychological health. Statistical analyses demonstrate that the higher the intention to quit, the more psychological distress increases and the more well-being decreases. Leadership plays a central role: authentic leadership appears to exert a protective role mainly in the longitudinal dynamic, whereas tyrannical leadership amplifies the negative effects of intention to quit. Overall, the findings support the proposed model, while also indicating that some effects, particularly those related to authentic leadership and bidirectionality, should be interpreted with caution.

Chapter 4 discusses the theoretical and practical implications of these findings. It shows that considering intentional disengagement and leadership makes it possible to better understand the mechanisms underlying psychological deterioration in nursing environments. The proposed model is grounded in an integrated perspective aligned with the Job Demands–Resources framework.

Finally, Chapter 5, which constitutes the general conclusion, highlights the thesis’s major contributions: essential conceptual clarification, innovative empirical evidence supporting the dynamic between intention to quit and psychological health, and practical recommendations to strengthen engagement, prevent distress, and improve nurses’ quality of work life. The thesis thus

opens new theoretical and operational perspectives for the sustainable support of nurses' psychological health.

Key words: Nurse engagement, psychological health, intention to quit, workplace well-being, psychological distress, authentic leadership, tyrannical leadership, Job Demands–Resources model.

Table des matières

Résumé.....	iii
Abstract	vi
Table des matières	ix
Liste des tableaux	xiv
Liste des figures	xvii
Liste des abréviations.....	xviii
Liste des annexes.....	xxi
Dédicace.....	xxii
Remerciements.....	xxiii
Avant-propos.....	xxiv
Chapitre 1 – Introduction	1
1.1. Évolution récente de la profession infirmière et transformation des conditions de travail	2
1.2. Santé psychologique au sein de la profession	3
1.3. Apport de l’engagement	10
1.3.1. Articulation entre l'engagement et l'intention de quitter	14
1.4. Plan de rédaction.....	15
Chapitre 2 – L’engagement et la santé psychologique du personnel infirmier : une étude de portée relative à la conceptualisation de l’engagement et de la santé psychologique du personnel infirmier.....	18
2.1. Introduction.....	18

2.1.1. Santé psychologique chez le personnel infirmier	19
2.1.2. Engagement chez le personnel infirmier	31
2.2. Méthode.....	35
2.2.1. Identification de la question de recherche.....	36
2.2.2. Identification des études pertinentes	36
2.2.3. Sélection des études	38
2.2.4. Cartographie des données	39
2.3. Résultats	43
2.3.1. Caractéristiques des études incluses.....	43
2.3.2. Thématisation des concepts engagement et santé psychologique.....	52
2.3.3. Relations entre engagement et santé psychologique	63
2.4. Discussion	65
2.4.1. Retour sur les définitions et conceptualisations.....	65
2.4.2. Concordance et contextualisation empirique avec la profession	70
2.4.3. Relations entre engagement et santé psychologique	76
2.4.4. Implications pour la pratique et la gestion du personnel infirmier	79
2.4.5. Limites et perspectives	84
2.5. Conclusion du chapitre.....	89
Chapitre 3 – L’impact de l’engagement sur la santé psychologique du personnel infirmier : une étude empirique.....	91
3.1. Introduction.....	91

3.1.1. Contexte général : l'urgence de comprendre la santé psychologique en soins infirmiers	91
3.1.2. Renversement du modèle classique : pourquoi faire de l'intention de quitter une variable indépendante ?	93
3.1.3. Définition des variables et cadre conceptuel.....	99
3.1.4. Construction des hypothèses	108
3.1.5. Synthèse du modèle et présentation des hypothèses globales (H1–H4).....	117
3.2. Méthode.....	118
3.2.1. Devis de recherche.....	118
3.2.2. Participants et procédure de collecte des données	119
3.2.3. Instruments de mesure.....	121
3.2.4. Stratégie d'analyse.....	124
3.3. Résultats	130
3.3.1. Préparation et nettoyage des données.....	130
3.3.2. Analyses descriptives et caractéristiques de l'échantillon	141
3.3.3. Fiabilité et validité des instruments.....	151
3.3.4. Corrélations entre variables.....	157
3.3.5. Vérification des hypothèses	168
3.3.6. Résumé des résultats obtenus	186
3.4. Discussion	190
3.4.1. Mise en perspective théorique des résultats	190
3.4.2. Apports théoriques et contributions au modèle	192

3.4.3. Implications pratiques et managériales.....	199
3.4.4. Limites et pistes de recherche futures	204
3.4.5. Conclusion du chapitre	211
Chapitre 4 – Discussion générale	217
4.1. Interprétation globale des résultats à la lumière du cadre conceptuel.....	218
4.1.1. Clarification conceptuelle de la santé psychologique : validation empirique	219
4.1.2. L'engagement : un concept polysémique.....	221
4.1.3. Confrontation des résultats aux études antérieures	223
4.2. Discussion des résultats principaux.....	225
4.2.1. L'intention de quitter comme prédicteur de la santé psychologique.....	226
4.2.2. Les résultats longitudinaux : temporalité et stabilité.....	228
4.2.3. Le rôle du leadership : une modération significative	231
4.3. Intégration dans le modèle des Demandes–Ressources	233
4.3.1. L'intention de quitter comme indicateur de demande psychologique.....	234
4.3.2. Le leadership comme ressource ou anti-ressource.....	235
4.3.3. Contribution théorique : vers un modèle intégratif.....	237
4.4. Implications pratiques pour la gestion hospitalière.....	238
4.4.1. Détection précoce du désengagement	239
4.4.2. Promotion du leadership authentique	240
4.4.3. Prévention du leadership tyrannique	242
4.4.4. Amélioration des ressources organisationnelles	244

4.5. Limites et pistes de recherche	245
4.5.1. Limites méthodologiques.....	246
4.5.2. Limites conceptuelles	248
4.5.3. Pistes futures	250
Chapitre 5 – Conclusion générale.....	252
5.1. Synthèse générale de la démarche et des résultats	252
5.2. Contributions de la thèse	254
5.3. Implications pratiques et organisationnelles	256
5.4. Limites et pistes de recherche futures	259
Références	262
Annexes.....	289
<i>Annexe 1: Synthèse des études</i>	<i>289</i>
<i>Annexe 2: Grille d'extraction concept d'Engagements</i>	<i>299</i>
<i>Annexe 3: Grille d'extraction concept de santé psychologique</i>	<i>306</i>
<i>Annexe 4 : Certificat d'éthique</i>	<i>344</i>
<i>Annexe 5 : Questionnaire</i>	<i>346</i>

Liste des tableaux

Tableau 1: Stratégie de recherche _____	36
Tableau 2: Stratégie de recherche documentaire prévue pour la base de données CINAHL ____	37
Tableau 3: Critères d'inclusion et d'exclusion _____	38
Tableau 4: Catégorisation suivant le titre et les objectifs _____	47
Tableau 5: Études et taille de la population _____	49
Tableau 6: Synthèse détaillée des hypothèses globales et sous-hypothèses (H1–H4) _____	118
Tableau 7: Résumé du flux d'échantillon entre le temps 1 et le temps 2 _____	131
Tableau 8: Synthèse des valeurs manquantes par variable _____	134
Tableau 9 : Synthèse de la détection des valeurs extrêmes _____	137
Tableau 10 : Analyse des coefficients d'asymétrie et de kurtosis (Temps 1) _____	141
Tableau 11 : Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des participantes et participants (Temps 1 : N initial = 907 ; N analysé = 886 après nettoyage) _____	142
Tableau 12: Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles de l'échantillon apparié (du temps 1 au temps 2, N = 406) _____	145
Tableau 13 : Statistiques descriptives des variables principales – Analyse transversale (Temps 1) _____	147
Tableau 14 : Statistiques descriptives et stabilité temporelle – Analyse longitudinale (du temps 1 au temps 2) _____	148
Tableau 15 : Comparaison des moyennes et écarts-types aux temps 1 et temps 2 (N = 406) _	150
Tableau 16 : Indices de consistance interne (α de Cronbach et ω de McDonald) pour les principales échelles – Temps 1 et Temps 2 _____	153

Tableau 17: Indices d'ajustement des modèles factoriels (AFC) – Analyse transversale (Temps 1)	155
Tableau 18 : Corrélations de Pearson entre les variables principales – Temps 1 (N = 886)	158
Tableau 19 : Corrélations croisées entre les variables principales – Temps 1 et Temps 2 (N = 406)	160
Tableau 20 : Corrélations de Pearson entre les variables principales et les variables de contrôle – temps 1 (N = 886)	162
Tableau 21 : Corrélations entre les variables de contrôle (temps 1) et les variables principales (temps 2) – N = 406	163
Tableau 22 : Synthèse des corrélations principales entre le temps 1 et le temps 2	167
Tableau 23 : Contrôles statistiques préalables – Analyse transversale (temps 1)	169
Tableau 24 : Contrôles statistiques préalables – Analyse longitudinale (du temps 1 au temps 2)	171
Tableau 25 : Effets modérateurs du leadership authentique sur la relation Intention de quitter → Santé psychologique (temps 1)	175
Tableau 26 : Effets croisés du bien-être et de la détresse psychologique au temps 1 sur l'intention de quitter au temps 2	181
Tableau 27 : Effets indirects des variables organisationnelles via l'intention de quitter	183
Tableau 28 : Exemples d'effets différenciés selon les sous-groupes	184
Tableau 29 : Profils psychosociaux au temps 1	185
Tableau 30 : Variation des coefficients entre les analyses transversales (T1) et longitudinales (T1–T2)	185
Tableau 31 : Validation des hypothèses principales	186

Tableau 32 : Convergences et divergences entre les analyses transversales et longitudinales_	188
Tableau 33 : Principaux résultats exploratoires _____	188
Tableau 34 : Synthèse des hypothèses _____	189
Tableau 35 : Leviers pratiques de prévention du désengagement et de la détresse psychologique _____	203
Tableau 36 : Synthèse des limites et orientations de recherche futures _____	210
Tableau 37 : Synthèse des résultats empiriques transversaux et longitudinaux _____	212
Tableau 38 : Modèle intégratif des effets de l'intention de quitter sur la santé psychologique	215

Liste des figures

Figure 1 : Conception tridimensionnelle de la santé mentale inspirée de Machado (2015)	24
Figure 2: Flow d'évaluation des études suivant PRISMA	42
Figure 3: Répartition des études en pourcentage selon les pays	44
Figure 4: Répartition du nombre d'études par année.....	45
Figure 5: Classification des études selon la taille de la population	49
Figure 6: Devis des études	51
Figure 7 : Flux d'échantillon.....	133

Liste des abréviations

Modèles, cadres conceptuels et mesures psychométriques

- **JD-R** : Job Demands–Resources model (modèle des Demandes et Ressources au Travail)
- **CFA** : Confirmatory Factor Analysis (Analyse factorielle confirmatoire)
- **SEM** : Structural Equation Modeling (Modélisation par équations structurelles)
- **CFI** : Comparative Fit Index
- **TLI** : Tucker–Lewis Index
- **RMSEA** : Root Mean Square Error of Approximation
- **SRMR** : Standardized Root Mean Square Residual
- **α (alpha)** : Coefficient alpha de Cronbach (fidélité interne)
- **β (bêta)** : Coefficient de régression standardisé
- **MCAR** : Missing Completely At Random (Valeurs manquantes complètement aléatoires)

Variables de temps

- **T1** : Temps 1 – première collecte de données (mesure initiale)
- **T2** : Temps 2 – seconde collecte de données (suivi longitudinal)

Variables d'intention de quitter

- **TI** : Turnover Intention (Intention de quitter)
- **INT_Q_GEN** : Intention générale de quitter
- **INT_Q_ORG** : Intention de quitter l'organisation
- **INT_Q_PROF** : Intention de quitter la profession

Santé psychologique et bien-être

- **BEP_GLOBAL** : Bien-être psychologique global
- **DET_GLOBAL** : Détresse psychologique globale
- **DET_DESENG** : Détresse-désengagement
- **GHQ** : General Health Questionnaire (Questionnaire général de santé)
- **ÉMMBEP** : Échelle de mesure du bien-être psychologique (Massé et al., 1998a ; Gilbert et al., 2011)

Leadership

- **LA_GLOBAL** : Leadership authentique global
- **LA** : Leadership authentique (sous-dimensions : transparence relationnelle, éthique/morale, traitement équitable)
- **LTyr_GLOBAL** : Leadership tyrannique global

Climat de travail

- **CLIM_GLOBAL** : Climat organisationnel global
- **CLIM_CONS** : Climat – considération
- **CLIM_AUTO** : Climat – soutien à l'autonomie
- **CLIM_ACT** : Climat – actualisation

Échelles et instruments psychométriques

- **UWES** : Utrecht Work Engagement Scale (Échelle d'engagement au travail d'Utrecht)
- **MBI-HSS** : Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey

- **RECS-E** : Repeated Exploration and Commitment Scale (Domaine de l'éducation)

Mesures liées au travail

- **CS** : Compassion Satisfaction (Satisfaction de la compassion)
- **BO** : Burn-out (Épuisement professionnel)
- **STS** : Secondary Traumatic Stress (Stress traumatique secondaire)
- **PE** : Precarious Employment (Emploi précaire)
- **SOC** : Sense of Coherence (Sentiment de cohérence)
- **WFC** : Work–Family Conflict (Conflit travail-famille)
- **SD** : Standard Deviation (Écart-type)

Domaines cliniques et organisationnels

- **DMI** : Dossier Médical Informatisé
- **NPD** : Nurse Professional Development (Développement professionnel infirmier)
- **USIN** : Unité de soins intensifs néonataux

Institutions

- **INSPQ** : Institut national de santé publique du Québec
- **OIIQ** : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Liste des annexes

Annexe 1: Synthèse des études	289
Annexe 2: Grille d'extraction concept d'Engagements	299
Annexe 3: Grille d'extraction concept de santé psychologique.....	306
Annexe 4 : Certificat d'éthique.....	344
Annexe 5 : Questionnaire.....	346

Dédicace

Aux **personnels infirmiers**, pour votre résilience exemplaire, votre courage silencieux et votre dévouement quotidien, qui inspirent profondément cette thèse.

Aux **personnels enseignants**, pour votre engagement inconditionnel, votre passion pour la transmission du savoir et votre rôle essentiel dans la formation des générations futures.

Remerciements

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à toutes les personnes qui ont, de près ou de loin, contribué à la réalisation de cette thèse.

Je remercie tout d'abord la **Professeure Carole Sénéchal**, ma directrice, pour son accompagnement généreux, son soutien constant, ses conseils éclairés et la qualité exceptionnelle de ses rétroactions. Sa rigueur intellectuelle et sa bienveillance ont été des repères essentiels tout au long de ce parcours.

Je souhaite également remercier le **Professeur Serge Larivée** pour la richesse de ses commentaires, son regard critique constructif, ainsi que le temps qu'il a consacré à la lecture et à la relecture de ce manuscrit. Son expertise et sa disponibilité ont grandement enrichi la réflexion et la qualité du travail.

J'adresse aussi mes sincères remerciements à **Madame Élodie Le Boeuf, Ph. D.**, pour ses échanges stimulants, la pertinence de ses observations et sa contribution intellectuelle, qui ont nourri ma réflexion et soutenu l'avancement de cette recherche.

Mes remerciements les plus sincères vont aussi à **ma grande famille**, pour votre amour, votre patience, votre encouragement et votre confiance indéfectible. Vous avez été ma source de force et d'équilibre lorsque les défis du cheminement académique se faisaient sentir.

Enfin, je tiens à exprimer ma reconnaissance à **toutes les personnes qui m'ont soutenu, inspiré ou encouragé**, même si vos noms ne sont pas tous mentionnés ici. Soyez assurés que j'apprécie profondément votre aide, votre présence et votre bienveillance. Je vous en suis très reconnaissant.

À chacune et chacun d'entre vous : **merci**.

Avant-propos

L'intérêt qui a guidé la présente recherche puise ses racines dans mon parcours en sciences de l'éducation, où j'ai été amené à réfléchir aux enjeux de santé psychologique, de motivation et d'engagement professionnel chez les enseignants. Au fil de mes lectures et de mes expériences, j'ai constaté que plusieurs des défis auxquels fait face le personnel enseignant — surcharge de travail, pression organisationnelle, épuisement émotionnel, quête de reconnaissance — trouvent un écho frappant dans d'autres professions dites « relationnelles », notamment celle des infirmières et des infirmiers. Bien que ces deux milieux diffèrent par leur mission et leur organisation, ils partagent un même ancrage dans l'humain, une même exposition aux demandes émotionnelles et une même responsabilité sociale qui place la relation de "care" au centre de l'activité professionnelle.

C'est précisément cette proximité, souvent sous-estimée, qui a éveillé mon intérêt pour la réalité infirmière. Comprendre comment s'articulent l'engagement au travail, l'intention de quitter et la santé psychologique dans le domaine des soins m'a semblé non seulement pertinent, mais aussi nécessaire pour mieux éclairer, par effet miroir, les enjeux vécus dans les milieux éducatifs. En m'intéressant à une profession confrontée à de fortes tensions psychosociales et largement documentée sur le plan organisationnel, je souhaitais dégager des pistes de réflexion transférables, susceptibles d'inspirer des avenues d'amélioration pour le milieu scolaire.

Ainsi, cette recherche s'inscrit dans une perspective comparative implicite : explorer la dynamique de la santé psychologique chez les infirmières et infirmiers pour mieux comprendre, par analogie, les mécanismes qui influencent le bien-être et la stabilité professionnelle des enseignants. Mon souhait est que cette démarche contribue, modestement, à nourrir un dialogue interprofessionnel

et à encourager une vision plus globale de la santé au travail dans les professions essentielles, où la qualité du service rendu dépend étroitement du bien-être de celles et ceux qui le dispensent.

Chapitre 1 – Introduction

La condition de la profession infirmière suscite des inquiétudes (Boivin-Desrochers et Alderson, 2014 ; Faubert, 2023 ; Statistique Canada, 2022a). Parmi les multiples défis auxquels cette profession fait face, dont l’absentéisme, l’attrition, la rétention et des conditions de travail difficiles, il est essentiel de mettre en exergue, tant en amont qu’en aval, un enjeu prépondérant concernant la santé psychologique (Ahmed et Bourgeault, 2022 ; Côté et al., 2022 ; Durant, 2023). En réponse à ces problématiques, un grand nombre de chercheurs considèrent que les solutions envisagées devraient être conçues avec une perspective à long terme. C’est de cette façon que la littérature considère l’engagement comme une réponse éventuelle aux divers enjeux rencontrés dans cette profession. En effet, l’engagement professionnel ne se restreint pas à l’augmentation de la productivité, de la rentabilité et de la rétention des employés, mais joue également un rôle crucial dans l’amélioration du bien-être et de la santé des travailleurs (Orgambídez et Extremera, 2020 ; Schaufeli, 2017).

Sous l’angle de la performance organisationnelle, l’engagement professionnel, en relation avec d’autres facteurs tels que la santé au travail, suscite l’intérêt d’un grand nombre de chercheurs (Côté, 2022 ; Orgambídez et Extremera, 2020 ; Schaufeli, 2017). En effet, l’engagement professionnel est considéré comme un élément fondamental pour ancrer les employés au sein de leur organisation (Kouadio, 2023). Cela dit, des recherches suggèrent que l’exploration de ce concept se révèle plus productive lorsqu’elle est orientée vers un domaine spécifique (Shuck et al., 2012). Dans cette perspective, et plus particulièrement en ce qui concerne le secteur de la profession infirmière, il existe un nombre restreint d’études établissant un lien entre l’engagement

et la santé psychologique du personnel infirmier. Les publications concernant ce sujet nous immergent dans une ambiguïté conceptuelle, et la relation empirique entre l'engagement et la santé psychologique du personnel infirmier est quasiment inexistante (Maslach et Leiter, 1997; Panaccio et Vandenberghe, 2009; Robert et Vandenberghe, 2024; Vandenberghe, 2003; Vandenberghe et al., 2015).

Malgré la présence de nombreuses études portant sur l'engagement en relation avec la santé psychologique, notre analyse préliminaire, fondée sur une revue de la littérature, met en lumière plusieurs lacunes, notamment dans le domaine de la profession infirmière, ce qui justifie la réalisation de la présente recherche. Plus précisément, cette thèse vise à clarifier l'ambiguïté conceptuelle liée aux notions d'engagement et de santé psychologique au sein du personnel infirmier, tout en analysant la relation entre ces deux dimensions.

Une idée largement répandue suggère que le passé constitue une rampe de lancement vers l'avenir. Étant donné qu'il est ici question de la santé du personnel infirmier, il devient pertinent d'examiner l'histoire de la profession infirmière afin de comprendre l'origine et l'évolution des difficultés auxquelles cette profession est confrontée.

1.1. Évolution récente de la profession infirmière et transformation des conditions de travail

La profession infirmière s'est historiquement développée autour d'une conception du soin fortement centrée sur la relation humaine, l'accompagnement et la prise en charge globale de la personne. Héritée notamment des fondements de la professionnalisation des soins infirmiers au XIX^e siècle, cette approche accordait une place importante à la proximité relationnelle, au

jugement clinique et à la continuité des soins, dans une perspective où la personne soignée occupait une place centrale.

Toutefois, au cours des trois dernières décennies, les transformations des systèmes de santé ont profondément modifié les conditions d'exercice du personnel infirmier. Les restructurations organisationnelles, les contraintes budgétaires, les pénuries persistantes de personnel, l'alourdissement des besoins cliniques ainsi que la pression croissante sur la performance ont progressivement redéfini les priorités du travail infirmier. Dans plusieurs milieux, la logique du soin centrée principalement sur l'humain tend à coexister — parfois difficilement — avec des impératifs organisationnels davantage orientés vers l'efficacité, la productivité, les indicateurs de performance et l'optimisation des ressources.

Cette transformation du travail infirmier peut engendrer des tensions importantes entre les valeurs professionnelles associées au soin et les réalités organisationnelles du travail contemporain. Comme le soulignent Larivière et al. (2010), lorsque la performance tend à être évaluée principalement à partir de la quantité d'activités réalisées, des phénomènes de démobilitation, d'épuisement et de roulement du personnel peuvent émerger. Dans ce contexte, les enjeux liés à la santé psychologique, à l'engagement au travail et à l'intention de quitter prennent une importance particulière, puisqu'ils reflètent à la fois les conditions contemporaines d'exercice et les mécanismes susceptibles d'influencer la rétention du personnel infirmier.

1.2. Santé psychologique au sein de la profession

Dans cette thèse, la santé mentale est comprise comme un concept général englobant à la fois la santé psychologique et les troubles mentaux. Suivant la distinction proposée par Machado (2015), la santé psychologique renvoie plus précisément aux dimensions non pathologiques de

l'expérience psychique, notamment le bien-être psychologique et la détresse psychologique. Dans le cadre de cette recherche, le terme « santé psychologique » sera donc privilégié lorsqu'il est question des variables étudiées, soit le bien-être psychologique et la détresse psychologique, tandis que le terme « santé mentale » sera réservé au cadre plus large incluant les troubles mentaux et les formulations utilisées dans certaines sources.

Avec l'évolution et la modernisation du système de santé, la santé psychologique du personnel infirmier a connu une détérioration croissante et la recherche concernant cette dimension a observé une avancée significative. Au-delà de la diversité des opinions, il est largement admis dans la littérature que la santé psychologique revêt une nature bidimensionnelle, se liant d'une part au bien-être et, d'autre part, à la détresse psychologique. Au cours de la dernière décennie, les études concernant la santé psychologique du personnel infirmier ont successivement mis en lumière la détresse psychologique (Bakhamis et al., 2019; Hart et Warren, 2015), le bien-être (Dose et al., 2019; Joulain et Coulombier, 2016), ou encore ces deux dimensions de manière conjointe (Benyamina Douma et al., 2021; Desrumaux et al., 2021; Lejeune et Colombat, 2023). Ces travaux peuvent être regroupés en trois tendances analytiques distinctes qui, bien que convergentes sur l'importance de la santé psychologique en milieu infirmier, divergent considérablement dans leurs approches conceptuelles et leurs opérationnalisations.

La définition du concept de détresse psychologique se révèle également complexe dans la littérature académique. En effet, la détresse psychologique se manifeste fréquemment par un ensemble de troubles, dont la dépression, le syndrome d'épuisement professionnel, le stress, l'anxiété. Tandis que d'autres chercheurs les catégorisent de manière distincte. En conséquence, un grand nombre de chercheurs s'intéressent soit à la souffrance psychologique du personnel infirmier dans son ensemble, soit aux caractéristiques spécifiques qui définissent cette souffrance

au sein de cette profession. Dans l'étude réalisée par Hart et Warren (2015), les auteurs analysent les relations entre le stress, la progression professionnelle, le climat relationnel au sein de l'entreprise, la charge de travail, la fidélisation des employés et le processus de recrutement. En ce qui concerne le stress, perçu comme une manifestation de détresse psychologique, ils analysent les facteurs déclencheurs du stress au sein du personnel infirmier. Ils soulignent la vulnérabilité accrue des femmes par rapport aux hommes, qui peut être principalement attribuée à des facteurs tels que la surcharge de travail, la dimension empathique et émotionnelle inhérente à la profession, ainsi que la complexité de concilier les obligations professionnelles et familiales. Dans le cadre de la détresse psychologique, et plus particulièrement en ce qui concerne l'épuisement professionnel (burn-out), Bakhamis et al. (2019) analysent les causes et les répercussions de ce phénomène au sein du personnel infirmier, lequel est désigné par certains spécialistes comme un élément constitutif de cette détresse. Les auteurs concernés définissent le burn-out, ou l'épuisement professionnel, comme un état d'épuisement émotionnel dans lequel l'individu se sent submergé par ses obligations professionnelles, ressent une fatigue intense, éprouve des difficultés à satisfaire les exigences de son travail et rencontre des obstacles difficilement surmontables dans ses interactions avec autrui.

L'analyse réalisée par Bakhamis et al. (2019) souligne l'influence de l'environnement professionnel, des horaires de travail en rotation ainsi que de la surcharge de travail à titre de facteurs contribuant à l'épuisement professionnel. Ces auteurs mettent en exergue que ces composantes relèvent essentiellement de la gestion hospitalière, et ce, de manière prédominante à un niveau administratif plutôt que clinique, ce qui engendre un manque d'autonomie pour ces professionnels et, par conséquent, entraîne un taux élevé d'épuisement professionnel. Ces chercheurs soulignent également que l'épuisement professionnel engendre des conséquences telles

qu'une diminution de l'estime de soi, des sentiments de rejet, ainsi que des manifestations d'anxiété et de dépression. Par ailleurs, il peut affecter la performance au travail, la santé psychologique et physique (notamment à travers des maux de tête, des troubles du sommeil, du stress et des maladies cardiovasculaires) et entraîner une augmentation des erreurs médicales et contribuer à une dégradation de la qualité des soins prodigués aux patients.

Si Bakhamis et al. (2019) ainsi que Hart et Warren (2015) convergent quant au rôle prépondérant des facteurs organisationnels dans la détérioration de la santé psychologique du personnel infirmier, leurs angles d'analyse diffèrent : le premier se concentre sur l'épuisement professionnel comme manifestation centrale de la détresse psychologique, le second explore les antécédents organisationnels liés aux conditions de travail, à la charge et à la fidélisation du personnel. Ces deux études partagent néanmoins une limite commune : elles traitent des manifestations spécifiques de la détresse psychologique plutôt que d'en proposer une conceptualisation unifiée et bidimensionnelle. Au-delà de la détresse, le bien-être a également fait l'objet d'études autonomes qui révèlent une même hétérogénéité dans les approches retenues.

En ce qui concerne le bien-être, sa définition présente également une certaine complexité. La majorité des recherches définissent le bien-être à travers deux perspectives fondamentales : une perspective eudémonique, qui inclut le bien-être psychologique et social, ainsi qu'une perspective hédonique, qui se focalise sur le bien-être subjectif. Toutefois, certaines recherches intègrent ces deux perspectives au sein du concept commun de bien-être, et il arrive même qu'elles emploient de manière inappropriée l'expression « bien-être psychologique » pour désigner le bien-être tel que défini par ces deux approches. Alors que certains chercheurs analysent ce concept uniquement sous l'angle eudémonique (Dose et al., 2019), d'autres l'explorent d'une perspective hédonique (Joulain et Coulombier, 2016).

Dans le cadre de l'approche eudémonique du bien-être, Dose et al. (2019) analysent les relations entre plusieurs facteurs, notamment le soutien organisationnel perçu (SOP), la qualité des interactions entre le leader et ses subordonnés (LMX), le sentiment général d'efficacité (SEG) ainsi que le bien-être psychologique au travail (BEPT). Par ailleurs, ces chercheurs examinent de quelle manière la satisfaction des besoins psychologiques, tels que l'autonomie, la compétence et l'affiliation, opère individuellement en tant que médiateur dans l'influence de ces inducteurs sur le bien-être psychologique au sein du milieu professionnel. Tout d'abord, ils soulignent l'existence de relations significatives entre les trois inducteurs (SOP, LMX, SEG) et le bien-être psychologique au travail des professionnels de la santé. Leurs travaux de recherche soulignent que le soutien organisationnel perçu (SOP), le soutien perçu de la part du leader, ainsi que le sentiment d'efficacité générale, possèdent un potentiel significatif pour améliorer le bien-être psychologique au travail, en facilitant la satisfaction des trois besoins psychologiques examinés, à savoir l'autonomie, la compétence et l'affiliation. Il est important de souligner que cette étude inclut une population considérablement diversifiée, constituée de professionnels de la santé, notamment des médecins, ainsi que de professionnels paramédicaux tels que les infirmiers et infirmières (58,29 %) et les aides-soignants et aides-soignantes (5,14 %).

Selon l'approche hédonique du bien-être au travail, la recherche menée par Joulain et Coulombier (2016) représente un exemple significatif. Les auteurs examinent les relations bidirectionnelles entre la perception de l'expérience professionnelle et le bien-être subjectif du personnel infirmier, en s'appuyant à la fois sur l'hypothèse ascendante et sur l'hypothèse descendante. Dans la première approche (ascendante) analysant l'influence des expériences professionnelles sur le bien-être subjectif, les chercheurs ont établi que certaines variables maîtrisables, telles que la reconnaissance, le respect de la part des supérieurs hiérarchiques,

l'autonomie dans l'exercice des fonctions et une charge de travail moins intense, contribuent positivement au bien-être du personnel infirmier. Plusieurs variables, échappant au contrôle direct de la direction, influencent alors le bien-être des professionnels de santé. Ces variables englobent le statut marital, l'âge, le degré de satisfaction relatif aux interactions avec les patients et leurs proches, ainsi que la variété des tâches accomplies. Selon l'approche descendante qui examine l'impact du bien-être subjectif sur l'expérience professionnelle, des facteurs moins facilement contrôlables du bien-être, tels que la santé globale, la santé psychologique, l'âge et la satisfaction de vie, exercent une influence considérable sur l'expérience au travail. Ils observent par la suite que la majorité de ces éléments peut être optimisée par le biais de politiques de gestion du stress au travail et des risques psychosociaux, ainsi que par une organisation du travail plus efficiente.

Bien que Dose et al. (2019); Joulain et Coulombier (2016) examinent tous deux le bien-être du personnel infirmier, leurs perspectives sont fondamentalement différentes : l'une s'inscrit dans une approche eudémonique centrée sur la satisfaction des besoins psychologiques et le rôle du leadership, l'autre dans une approche hédonique centrée sur la satisfaction de vie et les expériences professionnelles. Cette divergence illustre l'absence de consensus sur l'opérationnalisation du bien-être dans la recherche infirmière et souligne la nécessité de disposer d'un instrument unique permettant une mesure cohérente de cette dimension. Un troisième groupe d'études tente de dépasser cette fragmentation en intégrant simultanément les deux dimensions de la santé psychologique. Ces études convergent dans leur ambition bidimensionnelle, mais leurs opérationnalisations restent divergentes.

Néanmoins, de nombreux auteurs soutiennent que l'examen de la santé psychologique doit impérativement considérer de manière conjointe la détresse psychologique ainsi que le bien-être (Gilbert et al., 2011; Savoie et al., 2011), en recourant principalement à un outil qui ancre la

conceptualisation bidimensionnelle de la santé psychologique. Dans cette perspective, plusieurs études intègrent simultanément la détresse psychologique et le bien-être, parmi lesquelles celles de Lejeune et Colombat (2023), Benyamina Douma et al. (2021), ainsi que Desrumaux et al. (2021). À notre connaissance, aucune recherche menée au cours de la dernière décennie n'a recouru à un instrument quantitatif permettant d'évaluer la santé psychologique au travail selon une approche bidimensionnelle, englobant à la fois la détresse psychologique et le bien-être des professionnels infirmiers. Dans leur étude, Lejeune et Colombat (2023) examinent la problématique de la santé psychologique en la considérant comme une entité homogène, sans néanmoins établir de distinction conceptuelle entre le bien-être et la détresse psychologique. Dans l'étude menée par Benyamina Douma et al. (2021), les auteurs prennent en considération la santé psychologique dans son ensemble. Cependant, ils conceptualisent cette notion de manière unidirectionnelle en se limitant exclusivement à sa dimension de détresse psychologique. En effet, ils emploient divers instruments qui évaluent de manière distincte le stress, l'anxiété et la détresse psychologique. En ce qui concerne l'étude menée par Desrumaux et al. (2021), qui prend effectivement en considération la détresse psychologique ainsi que le bien-être, celle-ci privilégie une approche qualitative.

Ces trois études illustrent ainsi les limites persistantes dans la littérature : Lejeune et Colombat (2023) traitent la santé psychologique comme un construit homogène sans distinction conceptuelle ; Benyamina Douma et al. (2021) se limitent à la dimension de détresse malgré une intention bidimensionnelle ; et Desrumaux et al. (2021), bien que plus complets sur le plan conceptuel, s'appuient sur une démarche qualitative qui limite la comparabilité des résultats. Pris ensemble, ces constats soulignent le besoin d'une opérationnalisation quantitative, cohérente et véritablement bidimensionnelle de la santé psychologique dans la recherche infirmière.

Après avoir examiné la problématique de la santé psychologique du personnel infirmier, il est impératif de mettre en lumière le constat selon lequel la plupart des études ne prennent pas en considération l'engagement professionnel ni l'intention de départ lors de l'analyse des facteurs ayant une incidence sur cette santé, ce qui nous amène à échafauder davantage sur le concept d'engagement.

1.3. Apport de l'engagement

Dans le contexte de cette situation préoccupante de santé psychologique, il est impératif de procéder à une réévaluation des conditions de travail. C'est pourquoi des chercheurs tels que Côté et al. (2022), Côté (2016), ainsi que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (2020), recommandent la mise en place de nouvelles mesures visant à réduire les départs précoces du personnel infirmier. Des initiatives ont d'ores et déjà été mises en œuvre dans le but d'optimiser la rétention de la relève du personnel infirmier. Cependant, comme le soulignent Brook et al. (2019), ces interventions se présentent principalement sous la forme de mentorat ou de préceptorat, étroitement liées au processus individuel de transition de la formation académique vers l'environnement professionnel, et accordent peu d'attention à la transformation intrinsèque de l'environnement de travail en vue d'une portée à long terme. En conséquence, des chercheurs avancent que l'implémentation d'interventions au sein de ces établissements hospitaliers, axées sur l'engagement de leur personnel infirmier, revêt une importance capitale pour réduire le taux de décrochage et pour favoriser de manière pérenne la santé psychologique de ces professionnels (Côté, 2022 ; Orgambídez et Extremera, 2020 ; Schaufeli, 2017). Par exemple, l'engagement revêt une importance capitale dans le processus de rétention (Halbesleben, 2010). De plus, comme l'affirment Vinje et Mittelmark (2008), la profession infirmière se distingue par des

caractéristiques spécifiques qui vont au-delà de la fonction fondamentale des soins infirmiers, englobant également la dimension relationnelle. L'ensemble de ces spécificités nécessite une définition contextualisée de l'engagement.

De prime abord, les chercheurs s'accordent sur la présence d'une forme d'attachement qu'un employé ressent à l'égard de son poste, attachement susceptible d'être perçu comme un indicateur d'engagement. La notion d'engagement au sein des organisations a donné lieu à de nombreuses publications et continue de captiver l'intérêt d'un nombre considérable de chercheurs. Néanmoins, il n'y a toujours pas de consensus établi quant à la définition de cette variable (Schaufeli et Bakker, 2010). En l'absence d'un consensus sur la notion d'engagement, il apparaît clairement qu'il est difficile d'effectuer une comparaison des études qui lui sont liées. Cela étant précisé, un certain nombre d'études empiriques sont accessibles, lesquelles analysent la problématique en utilisant divers modèles et outils de mesure. Certaines de ces études examinent la problématique de l'engagement de l'individu envers son organisation, comme en attestent les travaux de Mowday et al. (1982) ainsi que ceux de Meyer et Allen (1991). D'autres recherches examinent l'engagement de l'individu à l'égard de son travail ¹(Kahn, 1990 ; May et al., 2004). D'autres examinent également l'implication de l'individu à l'égard de divers éléments de son environnement professionnel, notamment son engagement envers sa hiérarchie, ses collègues et ses responsabilités. Dans cette perspective, certaines études examinent plutôt l'engagement envers la profession de manière générale. Il est indéniable que l'on constate une ambiguïté terminologique relative aux diverses formes d'engagement, notamment l'engagement professionnel, l'engagement

¹ L'engagement à l'égard de son travail, tel que conceptualisé par Kahn (1990) et May et al. (2004), renvoie à l'investissement du soi dans l'activité professionnelle et à l'expérience vécue du travail, tandis que l'engagement envers son organisation conceptualisé par Vandenberghe (2003) renvoie à un lien attitudinal envers l'organisation sous trois formes : l'engagement affectif, l'engagement de continuité et l'engagement normatif. Ces deux formes d'engagement, bien que liées, reposent sur des objets, des mécanismes psychologiques et des temporalités distincts.

organisationnel, l'implication au travail, ainsi que la satisfaction professionnelle (Besseyre des Horts et Nguyen, 2010).

Les études préliminaires relatives à l'engagement remontent au début des années 1960, époque à laquelle Etzioni (1961) a présenté les concepts d'engagement moral, d'engagement calculé et d'engagement aliénant. Pour sa part, Kanter (1968) introduit les concepts d'implication de continuité, d'implication de cohésion et d'implication de contrôle, comme le soulignent Charles-Pauvers et Peyrat-Guillard (2012). Cependant, ce sont principalement les recherches menées par Porter et al. (1974) ainsi que celles de Mowday et al. (1982), qui se concentrent sur l'implication organisationnelle (terme anglais : *commitment*), qui s'avéreront déterminantes, en particulier le modèle proposé par Meyer et Allen à trois composantes : l'engagement affectif, l'engagement de continuité et l'engagement normatif (Charles-Pauvers et Peyrat-Guillard, 2012).

Les études relatives à l'engagement ne se restreignent toutefois pas aux seuls éléments mentionnés précédemment. En 1990, Kahn constate que les études antérieures concernant l'engagement ne tiennent pas suffisamment compte de l'individu et de ses expériences quotidiennes. Il présente alors les notions d'engagement personnel et de désengagement, qui illustrent les expériences quotidiennes des employés dans le cadre de leur fonction professionnelle (Simpson, 2009). Kahn (1990) affirme que l'individu détient des dimensions du « soi » qu'il valorise particulièrement. Il intègre de manière adaptative ces dimensions du « soi » dans l'exercice de ses responsabilités professionnelles. En se basant sur ces prémisses, il définit l'engagement personnel au travail comme l'utilisation et l'expression simultanées du « soi » choisi par un individu en relation avec des tâches requérant la synergie entre le travail et d'autres éléments, tels que sa présence personnelle (physique, cognitive et émotionnelle) ainsi que ses performances. Cependant, selon ses propos, l'engagement repose sur des prérequis qui se déclinent

en trois dimensions : le « sens », la « sécurité » et la « disponibilité ». Pour un individu, le travail prend une signification lorsque celui-ci éprouve un bénéfice tangible à s'investir personnellement, à jouir d'une sécurité psychologique au sein de son environnement professionnel, et à exercer ses fonctions sans craindre des répercussions défavorables, tant sur le plan de l'image personnelle qu'il aspire à préserver que sur celui de son statut professionnel. La disponibilité psychologique se traduit par la perception de posséder des ressources, qu'elles soient physiques, cognitives ou émotionnelles, essentielles à l'exercice efficace de ses fonctions professionnelles (Kahn, 1990 ; Simpson, 2009).

Par ailleurs, dans le cadre de travaux consacrés à l'engagement, des recherches récentes ont conceptualisé l'engagement comme « un état d'esprit positif et épanouissant en rapport avec le travail, se manifestant par la vigueur, le dévouement et l'absorption » [traduction libre] (Schaufeli et al., 2002, p. 74). Cette définition souligne l'importance de la vigueur, qui se manifeste par la capacité à répondre aux exigences professionnelles avec une résilience mentale, à maintenir un niveau d'énergie élevé, ainsi qu'à démontrer une persévérance et un engagement constants dans l'exécution des tâches. Le dévouement se définit par une prise de conscience de sa propre valeur, associée à un enthousiasme, une fierté, une inspiration, ainsi qu'à la volonté d'affronter les défis. Enfin, l'absorption au travail désigne un engagement profond qui rend difficile la dissociation de cette activité.

Cependant, bien que la définition avancée par Schaufeli et al. (2002) soit appropriée pour prévoir les performances des employés dans des tâches techniques et managériales, elle peut susciter des débats au sein de divers environnements professionnels (Kulikowski, 2017). En effet, Schaufeli et Bakker (2003) ont élaboré un instrument visant à mesurer l'engagement professionnel, dénommé *Utrecht Work Engagement Scale* (UWES), qui s'articule autour de trois dimensions : la

vigueur, le dévouement et l'absorption. Cet instrument, bien qu'il ne soit pas sans équivalent dans son domaine, se distingue par son utilisation répandue et met en lumière ses caractéristiques métrologiques supérieures, comme l'ont habilement illustré de nombreux chercheurs (Kulikowski, 2017; Salanova et al., 2005; Seppälä et al., 2009).

Cependant, à la suite d'une évaluation des recherches relatives à l'analyse factorielle de l'UWES, Kulikowski (2017) émet des réserves concernant la robustesse de l'analyse factorielle confirmatoire. Kulikowski (2017) avance ainsi que l'engagement au travail pourrait varier en fonction de différents contextes professionnels. Selon des recherches menées par Schmidt et McArthur (2018) ainsi que par Sellman (2011), les caractéristiques fondamentales de la profession infirmière, telles que l'intégrité, la justice organisationnelle, la compassion, l'empathie, l'altruisme, la véracité et le courage, sont souvent négligées dans les définitions contemporaines de l'engagement. D'après les travaux de Shuck et al. (2012), il est estimé que l'engagement représente un concept profondément ancré dans le contexte, et qu'une définition intégrant les éléments spécifiques à la profession en question est indispensable pour obtenir une évaluation adéquate.

1.3.1. Articulation entre l'engagement et l'intention de quitter

Le titre de cette thèse mobilise le concept d'engagement au travail. Or la variable opérationnelle centrale de l'étude empirique présentée au chapitre 3 est l'intention de quitter. Cette articulation mérite une clarification explicite dès l'introduction. En s'appuyant sur la conceptualisation de Kahn (1990), présentée dans la section précédente, l'engagement et le désengagement s'inscrivent sur un même continuum psychologique. Dans ce cadre, l'intention de quitter constitue un indicateur proximal de désengagement, dans la mesure où elle reflète un retrait

psychologique et affectif préalable au retrait comportemental. Ce positionnement s'inscrit dans la lignée des travaux de Fantoni Quinton et al. (2021) et est opérationnalisé par l'échelle de Paillé (2006), retenue pour l'étude empirique.

Ainsi, l'intention de quitter n'est pas traitée comme un synonyme de l'engagement, mais comme une expression mesurable de son pôle négatif — le désengagement. Cette précision permettra de mieux situer la logique du modèle empirique développé au chapitre 3 et de maintenir la cohérence avec le titre de la thèse. Cette articulation est développée plus en détail dans la section 4.1.2, dans le cadre de la discussion générale des résultats.

1.4. Plan de rédaction

Dans le but de répondre à l'objet de cette thèse, trois parties principales constitueront le cœur de notre étude. Tout d'abord, en raison de l'ambiguïté conceptuelle entourant les notions d'engagement et de santé psychologique, il apparaît essentiel de réaliser une revue exhaustive des articles publiés au cours des dix dernières années dans le domaine de la santé. Cette démarche vise à tenter de retracer l'origine du flou conceptuel qui entoure les termes clés et, par la même occasion, à établir un éventuel lien entre l'engagement et la santé psychologique. Ce rapprochement conceptuel facilitera principalement la comparaison des études scientifiques dans ce domaine, tout en permettant d'élaborer une définition suffisamment contextualisée de l'engagement et de la santé psychologique des infirmiers et des infirmières.

Cette thèse poursuit un objectif général et trois objectifs spécifiques.

Objectif général : examiner les liens entre l'intention de quitter et la santé psychologique du personnel infirmier, en intégrant le rôle modérateur du leadership.

Objectifs spécifiques :

- O₁ — Cartographier les conceptualisations de la santé psychologique et de l'engagement dans la littérature infirmière (chapitre 2).
- O₂ — Examiner les effets directs de l'intention de quitter sur le bien-être et la détresse psychologiques, de façon transversale et longitudinale (chapitre 3, H1 et H3).
- O₃ — Tester le rôle modérateur du leadership et la bidirectionnalité de la relation (chapitre 3, H2 et H4).

Question de recherche principale : Dans quelle mesure l'intention de quitter constitue-t-elle un prédicteur de la santé psychologique du personnel infirmier et comment le leadership modère-t-il cette relation dans le temps ?

Trois questions de recherche découlent de ces objectifs :

- QR₁ — Comment les concepts d'engagement et de santé psychologique sont-ils conceptualisés dans la littérature infirmière ?
- QR₂ — Dans quelle mesure l'intention de quitter prédit-elle le bien-être et la détresse psychologiques du personnel infirmier ?
- QR₃ — Dans quelle mesure le leadership modère-t-il cette relation, et existe-t-il une bidirectionnalité entre santé psychologique et intention de quitter ?

La deuxième partie sera dédiée à une étude empirique ayant pour objectif d'analyser la relation entre l'engagement et la santé psychologique, cette dernière englobant à la fois la détresse psychologique et le bien-être. Dans le cadre de cette étude, l'intention de quitter est utilisée comme indicateur opérationnel du désengagement professionnel, plutôt que comme synonyme de l'engagement. Elle permet d'examiner empiriquement la manière dont un affaiblissement du lien psychologique au travail peut influencer la santé psychologique du personnel infirmier.

La troisième partie de notre étude sera dédiée à une discussion visant à établir des liens entre ces deux volets et à approfondir notre compréhension de l'impact de l'engagement sur la santé psychologique, tant à la lumière des travaux issus de notre étude de portée que de nos résultats empiriques. L'objectif sera de formuler des conclusions sur les plans théorique, méthodologique et pratique à l'intention des professionnels du domaine.

Chapitre 2 – L’engagement et la santé psychologique du personnel infirmier : une étude de portée relative à la conceptualisation de l’engagement et de la santé psychologique du personnel infirmier

2.1. Introduction

Comme établi au premier chapitre, la situation de la profession infirmière est inquiétante. D’une part, nous avons établi que le personnel infirmier souffre entre autres éléments de sérieux problèmes de santé psychologique et, d’autre part, plusieurs chercheurs pensent que l’engagement du personnel est une solution à long terme. Ce constat nous amène tout naturellement à comprendre la relation entre l’engagement et la santé psychologique dans cette profession. Une revue de littérature préliminaire a permis de constater qu’on est en présence des concepts (engagement et santé psychologique) plutôt équivoques et polysémiques allant à l’encontre même de la nature d’un concept à dimension scientifique qui est différent d’un concept à dimension linguistique par son caractère univoque (Astolfi et al., 2008). Or, la portée d’une recherche scientifique est surtout due à cette possibilité de rapprocher les écrits qui traitent d’une même thématisation afin de faire évoluer le concept en étude. Ce travail de rapprochement s’avère alors complexe lorsque ces écrits, bien qu’ils traitent du même concept dans le même domaine, ne reflètent pas une compréhension identique de ces notions. L’objectif de cette étude est d’établir, par le biais d’une revue de portée, une compréhension approfondie des concepts d’engagement et de santé psychologique au sein de la profession infirmière, tout en mettant en lumière les interrelations entre ces deux notions.

Cette situation nous amènera, dans un premier temps, à élaborer un cadre conceptuel concernant les termes en question, à savoir l’engagement d’une part et la santé psychologique

d'autre part. Puis à mener une étude de portée suivant le plan PRISMA-ScR (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses - Extension for Scoping Reviews*) (Tricco et al., 2018) afin de répondre aux questions suivantes :

- (1). Quelles sont les définitions des concepts d'«engagement» et de «santé psychologique» telles qu'elles ont été abordées dans la littérature infirmière au cours de la dernière décennie ?
- (2). Ces conceptualisations reflètent-elles fidèlement la réalité empirique de ces professionnels ?
- (3). Quelles relations peuvent être établies dans ces articles entre l'engagement et la santé psychologique?

Il importe de préciser que les sections 2.1.1 et 2.1.2 qui suivent ont une fonction introductive : elles présentent les repères conceptuels mobilisés pour guider la démarche PRISMA-ScR, et non les résultats issus du processus de recension systématique. Ces sections s'appuient sur une revue narrative préliminaire de la littérature, distincte de la démarche systématique présentée à la section 2.2. Les 42 études retenues par le processus PRISMA-ScR sont présentées à partir de la section 2.3.

2.1.1. Santé psychologique chez le personnel infirmier

2.1.1.1. Revue de la littérature sur la santé psychologique

La section 1.2 du premier chapitre a présenté les principaux travaux sur la santé psychologique du personnel infirmier. Rappelons ici les trois tendances analytiques essentielles qui guideront la démarche de recension : les études centrées sur la détresse (Hart et Warren, 2015 ; Bakhamis et al., 2019), celles centrées sur le bien-être (Dose et al., 2019 ; Joulain et Coulombier,

2016), et celles qui cherchent à intégrer les deux dimensions (Lejeune et Colombat, 2023 ; Benyamina Douma et al., 2021 ; Desrumaux et al., 2021). Ces trois groupes partagent un constat commun : l'absence d'un instrument quantitatif unique permettant une évaluation bidimensionnelle de la santé psychologique infirmière.

Dans le cadre de la perspective eudémonique du bien-être, Dose et al. (2019) examinent les liens entre divers facteurs tels que le soutien organisationnel perçu (SOP), la qualité des échanges entre le leader et ses subordonnés (LMX), le sentiment général d'efficacité (SEG) et le bien-être psychologique au travail (BEPT). De plus, ces chercheurs analysent comment la satisfaction des besoins psychologiques tels que l'autonomie, la compétence et l'affiliation agit individuellement en tant que médiateur dans les effets de ces inducteurs sur le bien-être psychologique au travail. Tout d'abord, ils mettent en évidence l'existence de liens significatifs entre les trois inducteurs (SOP, LMX, SEG) et le bien-être psychologique au travail des professionnels de la santé. Leur recherche met en évidence que le soutien organisationnel perçu (SOP), le soutien perçu du leader et le sentiment d'efficacité générale ont le potentiel d'améliorer de manière significative le bien-être psychologique au travail en favorisant la satisfaction des trois besoins psychologiques étudiés, à savoir l'autonomie, la compétence et l'affiliation. Soulignons ici que cette étude englobe une population beaucoup plus diversifiée composée de professionnels de la santé dont les médecins, ainsi que de professionnels paramédicaux tels que les infirmiers et infirmières (58,29 %) et les aides-soignants et aides-soignantes (5,14 %).

Selon l'approche hédonique du bien-être au travail, l'étude de Joulain et Coulombier (2016) constitue un exemple pertinent. Les auteurs analysent les liens bidirectionnels entre la perception du vécu au travail et le bien-être subjectif du personnel infirmier, en se basant sur l'hypothèse ascendante et l'hypothèse descendante. Dans la première approche (ascendante)

expliquant l'impact du vécu au travail sur le bien-être subjectif, ils ont conclu que certaines variables contrôlables telles que la reconnaissance, le respect des supérieurs hiérarchiques, l'autonomie au travail et une charge de travail moins intense favorisent le bien-être du personnel infirmier. On constate que diverses variables, qui ne relèvent pas du contrôle direct de la direction, jouent un rôle dans le bien-être des professionnels de santé. Ces variables incluent le statut matrimonial, l'âge, le niveau de satisfaction lié aux interactions avec les patients et leurs proches, ainsi que la diversité des tâches effectuées. Et selon l'approche descendante qui analyse l'impact du bien-être subjectif sur le vécu au travail, des éléments moins aisément maîtrisables du bien-être, tels que la santé globale, la santé psychologique, l'âge et la satisfaction de vie, exercent une influence significative sur le vécu au travail. Ils constatent ensuite que la plupart de ces éléments peuvent être améliorés grâce à des politiques de gestion du stress au travail et des risques psychosociaux, ainsi qu'à une organisation du travail plus optimale.

Cependant, plusieurs auteurs pensent que l'étude de la santé psychologique nécessite de prendre en compte simultanément la détresse psychologique et le bien-être (Gilbert et al., 2011; Savoie et al., 2011) utilisant surtout un outil arrimant la conceptualisation bidimensionnelle de la santé psychologique. Dans ce sens, on retrouve quelques études qui prennent en compte simultanément la détresse psychologique et le bien-être, dont celles de Lejeune et Colombat (2023), de Benyamina Douma et al. (2021) et de Desrumaux et al. (2021). À notre connaissance, aucune étude des dix dernières années n'utilise un outil quantitatif qui mesure la santé psychologique spécifique au travail selon une approche bidimensionnelle incluant la détresse psychologique et le bien-être du personnel infirmier. Dans leur recherche, Lejeune et Colombat (2023) abordent la question de la santé psychologique en la considérant comme une entité unique, sans établir de distinction conceptuelle entre le bien-être et la détresse psychologique. Dans l'étude

de Benyamina Douma et al. (2021), les auteurs prennent en compte certes la santé psychologique dans son ensemble, cependant, ils conceptualisent la santé psychologique de façon unidirectionnelle en prenant uniquement sa dimension de détresse psychologique. En effet, ils utilisent plusieurs outils qui mesurent séparément le stress, l'anxiété, la détresse psychologique. Quant à l'étude de Desrumaux et al. (2021), qui prend en effet en compte la détresse psychologique et le bien-être, elle adopte plutôt une approche qualitative.

Après avoir abordé la question de la santé psychologique du personnel infirmier, il apparaît essentiel de souligner le constat selon lequel la majorité des recherches ne prennent pas en compte l'engagement professionnel ou l'intention de quitter lors de l'examen des facteurs influençant cette santé. Nous reviendrons sur le concept d'intention de quitter, également appelé intention de départ plus loin. Cela dit, certaines de ces études évoquent de manière vague l'engagement et l'intention de départ du personnel infirmier comme des conséquences de la détérioration de la santé psychologique (Hart et Warren, 2015; Joulain et Coulombier, 2016).

2.1.1.2. Cadre conceptuel de la santé psychologique

Les définitions des notions de santé mentale, de santé psychologique, de bien-être et de détresse engendrent parfois des discussions animées parmi les chercheurs. Cependant, le modèle tridimensionnel inspiré du concept de Machado (2015), comme l'illustre la Figure 1, fournit une représentation précise de ces concepts. Selon cet auteur, la santé mentale englobe la santé psychologique ainsi que les troubles mentaux. Dans le cadre de cette classification, la santé psychologique est définie comme une synthèse du bien-être psychologique (BEP) et de la détresse psychologique (DP). Ce regroupement met particulièrement l'accent sur la santé psychologique, en soulignant les deux composantes qui la caractérisent, à savoir le bien-être et la détresse.

En ce qui concerne le concept de bien-être, la majorité des chercheurs s'accordent à affirmer que celui-ci englobe deux conceptions historiques, à savoir l'eudémonisme, qui réfère à la satisfaction d'accomplir et de réaliser son potentiel. Et l'hédonisme, qui évoque la recherche du plaisir immédiat et l'évitement de la souffrance, souvent désigné sous le terme de bien-être subjectif (Bernaud et al., 2021; Doré et Caron, 2017; Dose et al., 2019; Gilbert et al., 2011; Machado, 2015; Savoie et al., 2011). Selon la perspective eudémoniste qui sous-tend le bien-être psychologique et social, Ryan et Deci (2000) soutiennent que le bien-être est tributaire de l'engagement dans des activités en harmonie avec nos centres d'intérêt, nos valeurs et nos besoins psychologiques fondamentaux.

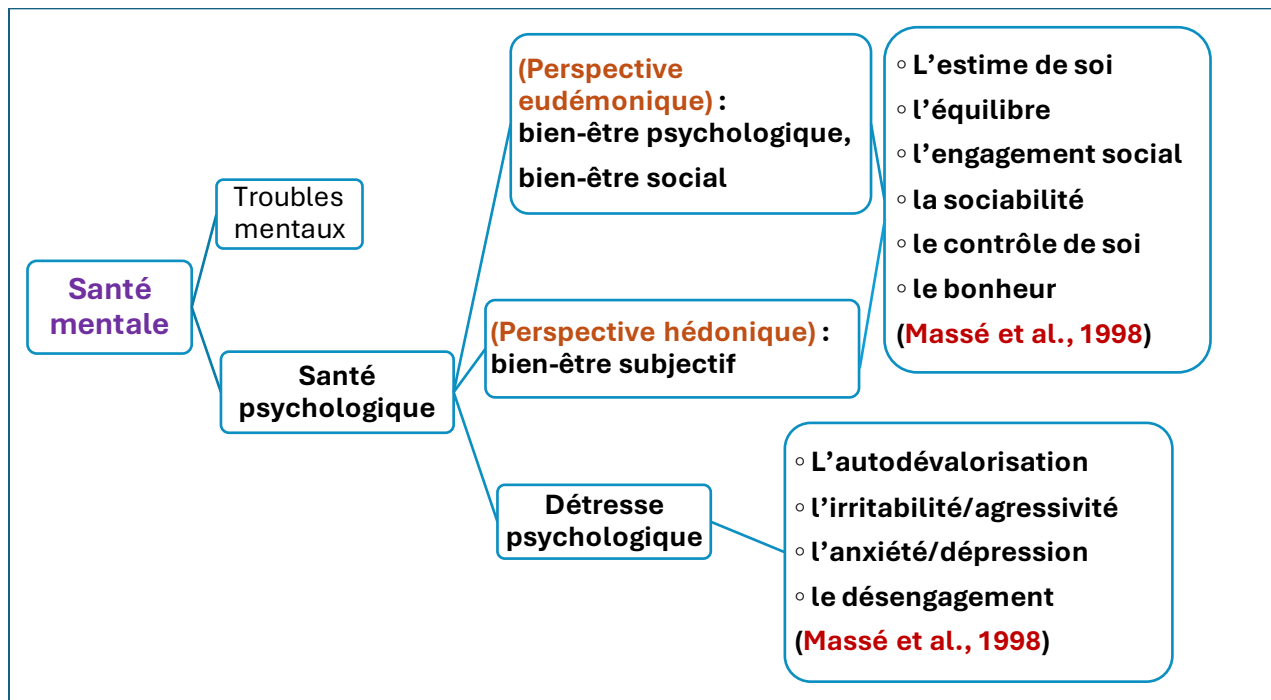
Cependant de nombreux auteurs avancent l'argument selon lequel un modèle théorique englobant le bien-être sous les angles hédonique et eudémonique serait plus approprié (Keyes, 2002; Ryan et Deci, 2001; Ryff et Singer, 2008). Massé et al. (1998a) ont proposé un modèle à six dimensions du bien-être qui, selon notre analyse, englobe ces deux perspectives : l'estime de soi, l'équilibre psychologique, l'engagement social, la sociabilité, le contrôle de soi et des événements, ainsi que le bonheur.

Outre le bien-être, la détresse psychologique (DP) constitue un élément fondamental de la santé psychologique. Ce concept ne génère pas de consensus parmi les chercheurs, malgré l'abondance de la littérature abordant ce sujet. Selon Beckers (2010), il s'agit principalement d'une adaptation émotionnelle englobant des sentiments tels que la tristesse, l'inquiétude, la colère, l'anxiété et la dépression. Cependant, les recherches convergent sur l'idée que la détresse psychologique se compose d'au moins deux dimensions conceptuelles, l'anxiété et la dépression (Gilbert et al., 2011; Massé et al., 1998a, 1998b). Massé et al. (1998a) ont déterminé que la Détresse Psychologique (DP) se compose de quatre facteurs principaux : l'autodévalorisation,

l'irritabilité/agressivité, l'anxiété/dépression et le désengagement social. La Figure 1 met en évidence une représentation tridimensionnelle de la santé mentale, englobant le bien-être, la détresse ainsi que les troubles mentaux.

Une fois ces concepts établis, il convient toutefois de reconnaître qu'ils restent très abstraits. Tout d'abord, il est impératif de les placer dans le contexte du secteur professionnel. En effet, à l'instar du secteur infirmier, le milieu professionnel se caractérise par des fonctions particulières qui le différencient des autres sphères de la vie, telles que l'assurance de sa propre subsistance, l'exploitation optimale de son potentiel ainsi que la satisfaction de diverses obligations tant internes qu'externes.

Figure 1 : Conception tridimensionnelle de la santé mentale inspirée de Machado (2015)



A. Le concept de bien-être au travail (BET) dans la profession infirmière

Il convient tout d'abord de souligner que la notion de bien-être au travail reste largement inexplorée. La plupart des recherches traitent la problématique du bien-être de manière générale et l'appliquent au cadre de l'entreprise sans analyser en profondeur la pertinence des paramètres pour le milieu organisationnel (Dagenais-Desmarais et Savoie, 2012). D'après certaines recherches (Dagenais-Desmarais et Savoie, 2012; Gilbert et al., 2011), il est primordial de prendre en considération les particularités du secteur professionnel lors de l'examen de la problématique de la santé psychologique et, plus spécifiquement, du bien-être. Il est important de souligner en premier lieu que nous dédions plus de la moitié de notre temps d'éveil à nos activités professionnelles. Toutefois, le milieu professionnel constitue également un espace propice à l'épanouissement personnel. Plus précisément dans le secteur médical, et en particulier dans le domaine des soins infirmiers, il est impératif de prendre en considération des conditions additionnelles. Parmi les défis identifiés, on trouve le manque de reconnaissance sociale associé au statut professionnel, les exigences en matière d'empathie envers les patients, ainsi que les problématiques de leadership, comme l'a souligné Côté et al. (2022), Faubert (2023), Machado et al. (2016). L'ensemble de ces défis met en évidence l'impératif de contextualiser l'approche relative à la prise en charge du bien-être.

De façon générale, la perspective hédoniste est fréquemment liée au concept de bien-être subjectif (BES), désigné en anglais par l'expression *Subjective Well-Being* (SWB), lequel comprend trois composantes : la satisfaction à l'égard de la vie, la présence d'affects positifs ainsi que l'absence d'affects négatifs, formant ainsi la notion de bonheur (Ryan et Deci, 2001). De surcroît, les théories eudémoniques se positionnent en opposition à l'idée selon laquelle le bonheur

constitue la cause du bien-être. Ces théories soutiennent que la satisfaction de tous les désirs et résultats ne contribue pas nécessairement au bien-être d'un individu.

L'interprétation du concept de bien-être au travail dépend également de ces deux perspectives. Dans ce contexte, trois approches conceptuelles sont proposées : la première postule que le bien-être au travail est essentiellement de nature hédoniste, la seconde soutient que le bien-être est davantage eudémoniste, tandis que la dernière proposition suggère qu'il s'agit d'une combinaison des deux.

D'après certains chercheurs qui appréhendent le bien-être au travail sous un prisme hédoniste, celui-ci est essentiellement perçu de manière subjective ou intersubjective, en se référant aux émotions, aux dimensions affectives et à la satisfaction professionnelle (Joulain et Coulombier, 2016). D'après ces chercheurs, la satisfaction de vie, entendue comme l'évaluation globale de la qualité de vie selon les critères personnels de l'individu et englobant l'ensemble des sphères de l'existence, et non exclusivement le domaine professionnel, constitue un indicateur stable du bien-être global, en comparaison avec d'autres facteurs souvent perçus comme circonstanciels, émotionnels ou affectifs. Dans cette perspective, les chercheurs examinent le bien-être au travail en s'appuyant sur les facteurs déterminants de la satisfaction et du bien-être professionnel, à savoir les caractéristiques intrinsèques du poste, les relations avec l'organisation, les conditions matérielles de travail ainsi que les dimensions relationnelles associées à l'activité professionnelle. Cependant, d'après ces chercheurs, l'équation reste incomplète si l'on n'intègre pas les éléments relatifs à la vie privée. Nous revenons ainsi à la question de l'équilibre entre la vie personnelle et la vie professionnelle. Cette tension engendre des conséquences préjudiciables pour l'individu, tant sur le plan professionnel que personnel.

D'après les travaux de Dagenais-Desmarais et Savoie (2012), le bien-être se caractérise principalement par une dimension eudémoniste. Leur étude contribue indéniablement à enrichir le débat relatif à la tension entre l'approche hédoniste et l'approche eudémoniste. D'après ces chercheurs, la santé psychologique en milieu professionnel se définit comme un concept englobant l'expérience positive et subjective d'un individu au sein de son environnement de travail, incluant principalement cinq dimensions eudémoniques. Les dimensions essentielles du bien-être au travail englobent l'adéquation interpersonnelle, l'épanouissement professionnel, le sentiment de compétence, la reconnaissance perçue ainsi que le souhait d'engagement au sein de l'organisation.

- L'adéquation interpersonnelle fait référence à des relations constructives et mutuellement bénéfiques avec les collègues, tandis que l'épanouissement professionnel englobe un sentiment d'accomplissement résultant d'un travail porteur de sens.
- Le sentiment de compétence réfère à la perception de détenir les aptitudes requises pour réaliser de manière efficace les tâches qui sont confiées.
- La reconnaissance perçue se rapporte au sentiment d'appréciation envers le travail et la personnalité au sein de l'organisation.
- Enfin, le souhait d'engagement organisationnel se manifeste par la volonté de participer au bon fonctionnement et à sa réussite.

Selon ces chercheurs, le bien-être psychologique au travail (BEPT) revêt principalement une dimension eudémonique et ne saurait être classé comme étant uniquement hédonique. Pourtant, ils admettent que certains composants de leur instrument de mesure englobent des éléments fondamentaux de la perspective hédoniste, tels que la satisfaction professionnelle et l'affect positif. L'ensemble de ces éléments fait référence au cercle vicieux du débat concernant la conception du bien-être, qu'il soit envisagé sous l'angle hédoniste ou eudémoniste. L'un soutient

que le bien-être possède une dimension hédoniste tout en comportant des aspects eudémonistes, tandis que l'autre avance que le bien-être est principalement eudémoniste tout en intégrant des éléments hédonistes, et vice versa. Dagenais-Desmarais et Savoie (2012) mettent également en exergue l'importance de ne pas adopter une démarche simpliste visant à fusionner les deux approches hédoniste et eudémoniste. Bien que les chercheurs expriment l'avis selon lequel l'intégration des deux approches, considérée comme une approche supérieure, constituerait une erreur conceptuelle, notamment du point de vue des travailleurs, d'autres études préconisent qu'une combinaison des deux doive être envisagée. Cela nous amène à une troisième catégorie de recherches qui recommande cette combinaison. La plupart de ces chercheurs (Brunet et al., 2015 ; Machado et al., 2016) mettent en œuvre, dans un cadre professionnel, le cadre théorique global proposé par Massé et al. (1998a), qui se compose de six dimensions : l'estime de soi, l'équilibre, l'engagement social, la sociabilité, le contrôle de soi et le bonheur. En vérité, le bonheur constitue l'un des éléments fondamentaux du bien-être subjectif (hédonique). Cependant, le nombre d'études traitant de la problématique du bien-être au travail en intégrant ces deux approches à l'aide d'un outil spécifiquement adapté au contexte professionnel demeure insuffisant, notamment dans le secteur du personnel infirmier. L'adaptation effectuée par Gilbert et al. (2011) de l'instrument élaboré par Massé et al. (1998a) intègre trois dimensions fondamentales pour l'évaluation du bien-être : la sérénité, l'engagement et l'harmonie sociale. Il est constaté que cet outil revêt principalement une nature eudémonique, bien que certains éléments de la dimension de la sérénité intègrent des aspects hédoniques.

B. La notion de détresse au travail (DT) au sein du personnel infirmier.

Contrairement au bien-être au travail, la détresse psychologique parmi le personnel infirmier a fait l'objet de nombreuses recherches. Étant donné que la détresse psychologique

englobe principalement les symptômes négatifs associés à la santé psychologique, ses indicateurs sont divers et souvent cités, parmi lesquels figurent l'épuisement professionnel, le stress, la dépression, l'anxiété, la fatigue, l'irritabilité, le manque d'énergie et le repli sur soi (Benyamina Douma et al., 2021 ; Lejeune et Colombat, 2023). En revanche, la détresse psychologique n'est pas considérée comme une maladie mentale à part entière, mais plutôt comme un indicateur précurseur de troubles mentaux (Machado, 2015). En rapport avec le domaine professionnel, les éléments caractéristiques de la détresse psychologique au travail (DPT) affichent des variations. Certaines recherches, notamment celles réalisées par Gilbert et al. (2011), ont suggéré une adaptation au milieu professionnel, mettant en lumière trois facteurs prépondérants : premièrement l'anxiété et la dépression, puis le désengagement, et troisièmement l'irritabilité et l'agressivité. Ils constatent alors que, à l'inverse du bien-être psychologique en milieu professionnel, les facteurs liés à la détresse psychologique au travail présentent une grande analogie avec ceux qui sont généralement considérés, comme le soulignent Massé et al. (1998a). L'élément particulièrement captivant dans l'analyse réalisée par Gilbert et al. (2011) réside dans cet aspect de la relation antinomique entre le bien-être psychologique au travail et la détresse psychologique en milieu professionnel qu'elle met en exergue. La détresse psychologique, appréhendée comme un état ou une conséquence liée à l'expérience professionnelle, se quantifie par les rapports antinomiques que cette dernière entretient avec soi-même dans le contexte du travail (l'anxiété ou la dépression par rapport à la sérénité), avec son activité professionnelle (le désengagement en contraste avec l'engagement) et, enfin, avec son entourage (l'irritabilité ou l'agressivité en opposition à l'harmonie sociale).

Cela étant, des études davantage spécialisées se penchent sur la santé psychologique au travail du personnel infirmier (Benyamina Douma et al., 2021 ; Boivin-Desrochers et Alderson,

2014 ; Desrumaux et al., 2021 ; Horellou-Lafarge, 2011). Une analyse approfondie de ces études met en lumière, en ce qui concerne la conceptualisation du terme « Détresse Psychologique au Travail », que bien que l'ensemble de ces articles traite de la détresse psychologique des professionnels infirmiers, aucune de ces publications ne parvient à établir une distinction claire, sur le plan conceptuel, entre la détresse psychologique et la détresse psychologique au travail, à l'exception de l'étude menée par Desrumaux et al. (2021). On constate rapidement une ambiguïté conceptuelle relative au terme « détresse psychologique ». Il est avéré que la distinction entre les concepts de détresse psychologique, de dépression et d'épuisement professionnel (burn-out) représente souvent un exercice délicat, en raison du fait que ces termes englobent tous la description d'un déséquilibre ou d'une problématique d'ordre psychique, laquelle est analysée à travers divers symptômes qui ne sont pas propres à une pathologie spécifique.

Par ailleurs, un nombre limité d'études s'intéresse à une analyse conceptuelle des termes associés à la détresse psychologique et à ses implications. Benyamina Douma et al. (2021) proposent une analyse qui met en exergue les éléments déterminants affectant la santé psychologique du personnel infirmier au Québec durant la première vague de la pandémie de COVID-19. Il est incontestable qu'ils formulent une définition du concept de santé psychologique ; toutefois, les autres notions mentionnées (telles que le stress, la dépression, l'anxiété et le stress post-traumatique) restent dépourvues de définition. Par ailleurs, Horellou-Lafarge (2011) analyse la santé du personnel infirmier français en se penchant sur des concepts liés à la détresse psychologique, tels que le stress, l'anxiété et l'épuisement professionnel, sans en proposer de définition. En somme, l'ensemble des autres recherches recensées relatives à la détresse psychologique parmi le personnel infirmier n'aborde pas de manière exhaustive la problématique du concept de détresse psychologique au travail, contrairement aux propositions avancées par

Gilbert et al. (2011). En l'absence d'une conceptualisation cohérente de la détresse psychologique, il apparaît non seulement difficile de comparer ces études entre elles, mais également de les mettre en relation avec d'autres recherches traitant de la problématique de la détresse psychologique dans le cadre professionnel. Pour les fins de cette recherche, nous retenons le modèle bidimensionnel de Gilbert et al. (2011), opérationnalisé par deux échelles distinctes de six items chacune — l'une mesurant le bien-être psychologique au travail, l'autre mesurant la détresse psychologique au travail. Ce choix permet une évaluation simultanée des deux pôles de la santé psychologique, conformément à la lacune identifiée dans la littérature infirmière.

2.1.2. Engagement chez le personnel infirmier

2.1.2.1. Revue de la littérature de l'engagement

La section 1.3 du premier chapitre a exposé les principales conceptualisations de l'engagement au travail. Retenons ici les éléments essentiels pour la démarche de recension : l'engagement est polysémique (engagement organisationnel, professionnel, au travail), les instruments varient selon les définitions (UWES, échelles d'implication), et aucune conceptualisation unifiée adaptée au contexte infirmier ne fait consensus. C'est précisément cette lacune que la revue de portée vise à documenter.

2.1.2.2. Cadre conceptuel de l'engagement

Il est indéniable que la problématique de l'engagement du personnel infirmier s'appuie sur divers concepts théoriques. Quatre d'entre eux ont particulièrement attiré notre attention :

- La notion d'engagement professionnel analysée sous un angle psychologique.
- La conception de l'engagement professionnel sous un angle social.
- L'engagement professionnel sous un angle existentiel

- La théorie de l'autodétermination

A. L'engagement selon une perspective psychologique

L'engagement professionnel, considéré sous l'angle psychologique, se définit par l'identification psychologique de l'individu en relation avec les objectifs et la culture de l'organisation. Il s'agit d'une relation entre un individu et l'entité qui l'emploie, ayant pour objectif que cet individu déploie les efforts nécessaires afin de maintenir son appartenance (Mowday et al., 1982). Il est souvent fait mention de l'attachement émotionnel à l'organisme, se manifestant par une identification marquée et une implication considérable de l'individu, qui ressent une profonde satisfaction à en faire partie. Cet engagement volontaire se manifeste également par la fonction occupée par cet individu ainsi que par la confiance qu'il témoigne à l'égard de l'organisation (Allen et Meyer, 1990).

B. L'engagement selon une perspective sociale

D'après l'approche sociale, la relation qu'un individu entretient avec son entreprise ou sa profession conditionne son niveau d'engagement (Duchesne et al., 2005). Elle inclut, parmi d'autres aspects, les conditions de travail, les relations avec la direction de l'hôpital, et les collègues, ainsi que l'accès aux ressources de l'organisation. Selon Becker (1964), l'un des mécanismes les plus significatifs pour le développement d'un individu réside dans le processus d'adaptation à chaque situation. Lorsqu'un individu se retrouve dans diverses situations sociales, il acquiert une compréhension des comportements appropriés et apprend à les appliquer de manière adéquate. Si l'individu en question désire véritablement atteindre cet objectif, il agira de manière

appropriée jusqu'à ce que son comportement soit en adéquation avec les attentes qui lui sont assignées dans cette situation.

C. L'engagement selon une perspective existentielle

D'après cette perspective, l'engagement est principalement associé à des dimensions psychologiques et sociales du travail, mais il transcende ces éléments. La notion de rechercher un sens dans le travail est intrinsèquement liée au besoin d'épanouissement personnel, de réussite et à la quête de signification dans sa vie. Cela englobe également des éléments tels que l'établissement d'objectifs et de valeurs qui orientent notre existence. D'après Morin (1996), l'approche existentielle soutient que la motivation d'un individu à s'engager dans le travail découle de son désir de se développer et de réussir. Ainsi, l'individu possède initialement une perception positive de son travail, une perception qui trouve ses origines dans son enfance, qu'il a élaborée de manière autonome et qui exerce une influence sur son comportement. Selon Duchesne et al. (2005), pour les individus particulièrement motivés, le travail est fréquemment perçu comme un élément essentiel de leur identité professionnelle. D'après les travaux de Maslow (1972), les besoins liés à la croissance et à l'accomplissement personnel revêtent une importance significative, tandis que les besoins de sécurité constituent les fondements essentiels qui doivent être satisfaits en priorité.

D. La théorie de l'autodétermination

Selon Ryan et Deci (2002), l'autoactualisation (autodétermination) constitue une aptitude innée chez les individus. Cette aptitude est conditionnée par l'environnement de l'individu et se focalise principalement sur trois besoins essentiels : la compétence, l'appartenance sociale et

l'autonomie. En d'autres termes, si l'environnement contribue à la satisfaction de ces besoins, les caractéristiques de l'individu seront davantage mises en évidence. Le besoin de compétence réfère à la volonté d'agir de manière appropriée en relation avec notre environnement. Lorsqu'un individu parvient à exceller dans une activité, il éprouve un sentiment de compétence à cet égard. D'autre part, le besoin d'autonomie implique de ressentir que l'on est responsable de ses propres actions. Lorsqu'un individu parvient à accomplir ses objectifs au sein d'une activité, il éprouve une motivation intrinsèque. On évoque la motivation autodéterminée lorsque l'individu considère que ses actions résultent de ses propres décisions. Dans ce contexte, l'individu accorde une grande valeur à ses actions, ce qui lui procure un sentiment de bonheur. Elle s'engage par la suite à adopter ce comportement. En définitive, l'appartenance sociale se définit comme le besoin d'intégrer un groupe. Elle se manifeste à travers les interactions qu'un individu entretient avec autrui et dans son désir de se sentir accepté et soutenu au sein de son groupe. Lorsqu'un individu répond à son besoin de se sentir accepté, il engendre des sentiments d'appartenance ainsi que des relations avec autrui. Il apparaît qu'il existe une corrélation entre le sentiment d'appartenance sociale et les perceptions de compétence ainsi que d'autonomie. En effet, la motivation autonome se manifeste fréquemment lorsque les individus éprouvent un sentiment de sécurité et d'acceptation (Ryan et Deci, 2000). Ces repères conceptuels permettent ainsi de baliser l'examen de la littérature et d'orienter les choix méthodologiques retenus pour la revue de portée, présentés dans la section suivante. Pour les fins de cette recherche, l'engagement au travail est opérationnalisé par l'intention de quitter, mesurée à l'aide de l'échelle de Paillé (2006). Conformément à la conceptualisation de Kahn (1990) présentée en section 1.3.1, l'intention de quitter constitue une expression cognitive mesurable du désengagement professionnel. Ce choix permet d'ancrer empiriquement le concept

d'engagement dans une variable opérationnalisable et directement liée à la santé psychologique du personnel infirmier.

2.2. Méthode

L'objet de cette recherche se prête de manière optimale à une revue de portée, laquelle offre l'avantage de favoriser une compréhension globale ainsi qu'une synthèse des connaissances issues de la littérature existante, en se focalisant sur les questions soulevées par la revue, sans être limitée par la qualité ou le design des études (Arksey et O'Malley, 2005; Doody et al., 2020). Les revues de portée se révèlent être des outils précieux pour identifier tant les preuves examinées que celles non examinées. Leurs conclusions sont exploitées pour structurer les publications en classifiant les éléments de la littérature, tels que la méthodologie de l'étude, la population ciblée, le contexte, l'intervention, le cadre théorique ou conceptuel, ainsi que les aspects pertinents et les résultats. Cela engendre une compréhension approfondie et élargie de la littérature.

Les revues de portée sont employées dans le but d'explorer le corpus de connaissances associé à un domaine particulier, d'identifier les concepts clés, de mettre en évidence les lacunes présentes dans la littérature existante et de diffuser les résultats obtenus (Levac et al., 2010). Dans le cadre de cette revue de portée, les méthodologies recommandées par Arksey et O'Malley (2005), ainsi que par Levac et al. (2010), sont appliquées. Ce processus comporte cinq étapes distinctes : **« Étape 1 : identification de la question de recherche ; étape 2 : identification des études pertinentes ; étape 3 : sélection des études ; étape 4 : cartographie des données ; étape 5 : collecte, synthèse et présentation des résultats »** (Arksey et O'Malley, 2005, p. 22). Il est important de souligner qu'il s'agit en réalité d'une démarche interactive, au cours de laquelle chaque étape est réévaluée et approfondie tout au long de l'examen, bien que le processus en cinq

étapes soit présenté selon une approche séquentielle directe. Les résultats de notre étude sont présentés sous la forme d'un récit, enrichi de graphiques, de tableaux et d'illustrations diagrammatiques. Étant donné qu'il s'agissait d'une revue de portée, aucune approbation éthique n'a été sollicitée pour cette section non empirique.

2.2.1. Identification de la question de recherche

La présente revue a pour objectif d'examiner les questions suivantes : (a) quelles sont les définitions des concepts d'« engagement » et de « santé psychologique » telles qu'elles ont été abordées dans la littérature infirmière au cours de la dernière décennie ? (b) Ces conceptualisations reflètent-elles fidèlement la réalité empirique de ces professionnels ? (c) Quelles relations peuvent être établies dans ces articles entre l'engagement et la santé psychologique?

2.2.2. Identification des études pertinentes

Conformément aux recommandations d'Arksey et O'Malley (2005), dans le but d'élargir le champ de la littérature, une large variété de mots-clés a été adoptée pour les termes de recherche. Les procédures de recherche ont intégré des mots-clés thématiques ainsi que des opérateurs booléens afin d'élargir et de combiner les recherches.

Tableau 1: Stratégie de recherche

Chaîne 1	Engagement <i>OR</i> involvement <i>OR</i> commitment
Chaîne 2	(mental* <i>OR</i> psychologi*) <i>NI</i> (health or distress)) <i>OR</i> wellbeing <i>OR</i> "well-being" <i>OR</i> stress* <i>OR</i> depress*
Chaîne 3	nurse <i>OR</i> nursing <i>OR</i> nurses <i>OR</i> "healthcare professional*" <i>OR</i> "health personnel"
Chaîne 4	C1 <i>AND</i> C2 <i>AND</i> C3

Des recherches ont été réalisées en recourant aux options Titre OU Résumé OU Texte et Mots-clés, chaque chaîne de recherche ayant été analysée de manière individuelle, puis toutes les

trois chaînes ayant été intégrées, comme le montre le Tableau 1. Ensuite, la combinaison de toutes les chaînes, nous donne une chaîne longue et complexe comme le montre le Tableau 2 pour la revue CINAHL.

Tableau 2: Stratégie de recherche documentaire prévue pour la base de données CINAHL

Concepts	Engagement	Santé psychologique	Personnel infirmier
Recherche par mot-clé dans CINAHL utilisant l'opérateur booléen OR entre les concepts	TI (engage* OR involve* OR commit*) OR AB (engage* OR involve* OR commit*)	TI ((mental* OR psychologi*) N1(health or distress) OR wellbeing OR well-being OR stress* OR depress*) OR AB ((mental* OR psychologi*) N1(health OR distress) OR wellbeing OR well-being OR stress* OR depress*) OR MW ((mental* OR psychologi*) N1(health or distress) OR wellbeing OR well-being OR stress* OR depress*)	TI (nurs*OR "healthcare professional*" OR "health personnel") OR AB (nurs* OR "healthcare professional*" OR "health personnel") OR MW (nurs* OR "healthcare professional*" OR "health personnel")
Recherche combinée finale dans CINAHL	(TI (engage* OR involve* OR commit*) OR AB (engage* OR involve* OR commit*) OR MW (engage* OR involve* OR commit*)) AND (TI ((mental* OR psychologi*) N1(health or distress) OR wellbeing OR well-being OR stress* OR depress*) OR AB ((mental* OR psychologi*) N1(health or distress) OR wellbeing OR well-being OR stress* OR depress*) OR MW ((mental* OR psychologi*) N1(health or distress) OR wellbeing OR well-being OR stress* OR depress*)) AND (TI (nurs*OR "healthcare professional*" OR "health personnel") OR AB (nurs*OR "healthcare professional*" OR "health personnel") OR MW (nurs*OR "healthcare professional*" OR "health personnel"))		

Ce même processus est réitéré et ajusté en fonction des autres bases de données. Cette stratégie de recherche systématique a été mise en œuvre pour identifier des articles pertinents dans quatre bases de données électroniques (CINAHL, MEDLINE, PsycINFO, EMBASE). Des critères d'inclusion et d'exclusion ont été définis et mis en œuvre dans le cadre de la stratégie de recherche, comme indiqué dans le Tableau 3.

Tableau 3: Critères d'inclusion et d'exclusion

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
1. Publications provenant des pays développés : Europe continentale, Canada, États-Unis, Australie, Nouvelle-Zélande, Royaume-Uni et Irlande. 2. Publications rédigées en anglais ou en français. 3. Publications publiées postérieurement à l'année 2015. 4. Uniquement des publications dans des revues scientifiques avec comité de lecture (peer-reviewed journals). 5. Publications pour lesquelles le texte intégral est accessible 6. Publications abordant de manière simultanée les thématiques de l'engagement, de la santé psychologique et du personnel infirmier. 7. Publications dans lesquelles les concepts d'engagement et de santé psychologique jouent un rôle conceptuel opérationnel.	1. Publications incluant exclusivement une population étudiante 2. Publications avec pour thématique les patients ou la famille des patients 3. Publications dont la population analysée n'est pas issue des pays développés : Europe continentale, Canada, États-Unis, Australie, Nouvelle-Zélande, Royaume-Uni et Irlande.

2.2.3. Sélection des études

Les recherches menées au sein des quatre bases de données électroniques ont permis d'obtenir un ensemble initial de 845 articles, parmi lesquels 561 ont été retenus après la suppression des doublons. L'outil numérique Covidence a été employé pour procéder à l'évaluation des publications. Une première analyse des titres et des résumés a été effectuée. Les publications ont été intégrées en conformité avec les critères d'inclusion et d'exclusion stipulés dans le Tableau 3 ; cinq cent sept (507) articles ont été écartés lors de l'examen des titres et des

résumés, tandis que cinquante-quatre (54) articles ont été sélectionnés pour une analyse approfondie du texte intégral. Les articles complets ont été soumis à une évaluation, à un examen approfondi et à une validation par les auteurs. Dans le cadre de ce processus, les listes de références de chaque article ont été minutieusement analysées dans le but d'identifier d'autres ouvrages pertinents. Le processus de sélection des articles a été effectué en conformité avec la Déclaration PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) (McGowan et al., 2020; Tricco et al., 2018). La Figure 2 présente le processus de sélection des articles et, suite à l'application des critères d'inclusion et d'exclusion, quarante-deux (42) articles ont été jugés conformes aux critères établis pour cette revue.

Dans le cadre de l'évaluation des études, le codage « paramètre incorrect » fait référence aux publications qui ne relèvent pas de revues académiques ou qui ont été publiées avant l'année 2015. Le codage intitulé « comparateur incorrect » se rapporte aux articles dont la population étudiée ne comprend pas des infirmières et des infirmiers. Par ailleurs, le codage « concepts non opérationnels » désigne les publications dans lesquelles les concepts examinés ne sont pas clairement définis et aucune référence externe n'est fournie pour retracer la définition implicite de ces concepts au sein de la publication.

2.2.4. Cartographie des données

La phase suivante du projet consistait à « cartographier » les éléments d'information fondamentaux extraits des rapports de recherche primaire en cours d'analyse. Le terme « cartographier », traduit en anglais par « *charting* », fait référence à une méthode de synthèse et d'interprétation des données qualitatives, qui consiste à trier, organiser et classer les éléments en fonction des enjeux et des thèmes principaux (Ritchie et al., 2002). Plus précisément, il s'agit d'un

processus au cours duquel les données qualitatives sont « extraites » de leur contexte d'origine et réorganisées selon des références thématiques pertinentes, ce qui permet à l'analyste de constituer une représentation exhaustive de l'ensemble des données. Dans le cadre de notre revue de portée, qui se caractérise principalement par une approche qualitative, nous nous proposons d'analyser la conceptualisation des notions d'« engagement » et de « santé psychologique ». L'objectif principal de cette démarche est de cartographier ces concepts dans notre étude, afin de construire une représentation des données en examinant la diversité des conceptualisations individuelles présentes dans chaque publication, organisées sous forme de thèmes tels que l'engagement, le bien-être ou la détresse psychologique.

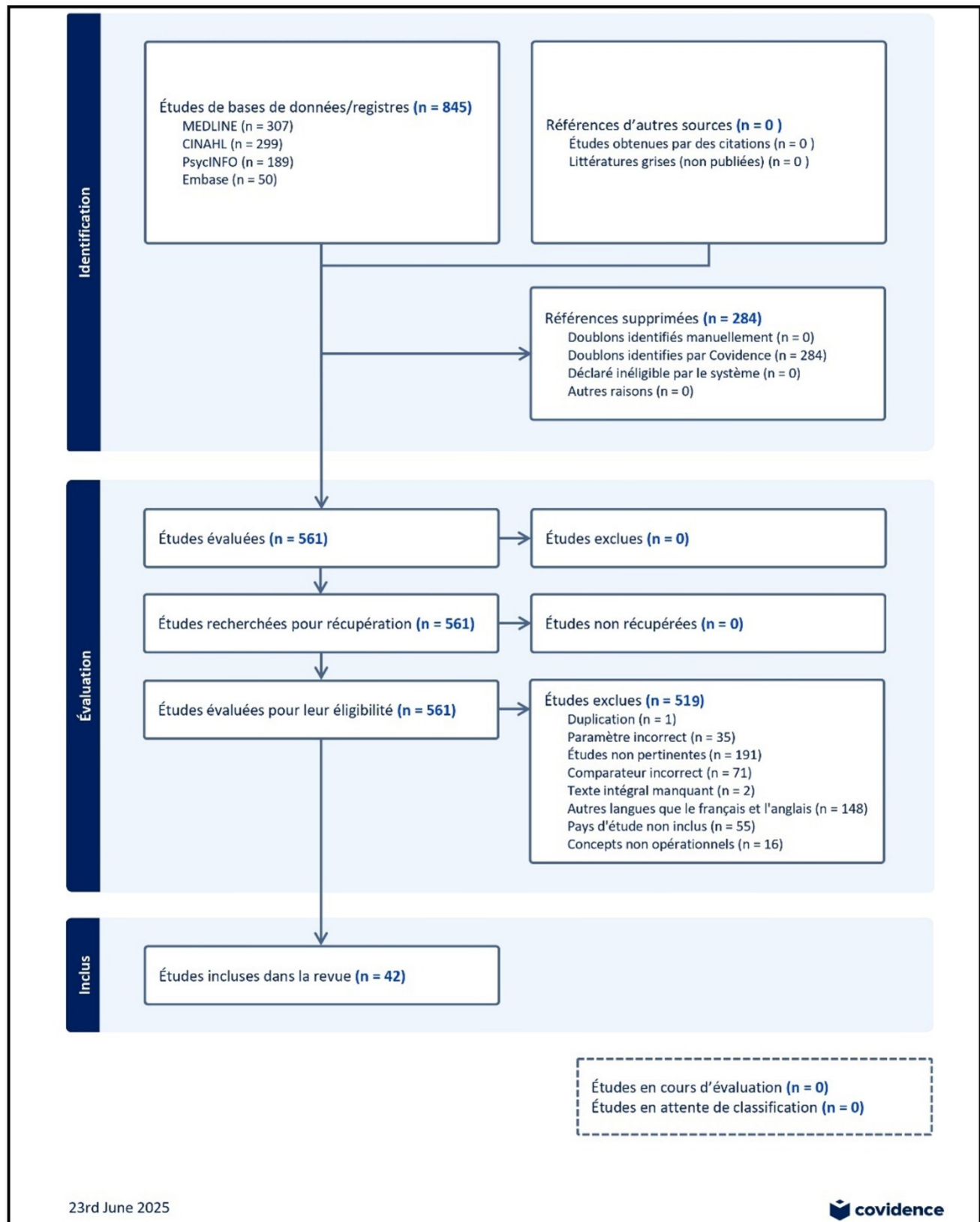
Le processus de cartographie implique l'élaboration de tableaux dont les intitulés proviennent soit des questions de recherche préétablies, soit du cadre thématique, ou encore de considérations relatives à l'optimisation de la présentation et de la rédaction de l'étude. Il convient de souligner que la cartographie ne se limite pas à une méthode de « copier-coller » consistant en la simple compilation de textes verbatim, mais requiert plutôt un processus d'abstraction et de synthèse. Ensuite, chaque article fait l'objet d'une analyse approfondie et un résumé des points essentiels en rapport avec le concept est consigné dans le tableau. Enfin, l'article original est cité de manière à permettre la localisation de la source et à faciliter l'examen ainsi que la reproduction du processus d'abstraction. De surcroît, les extraits illustratifs susceptibles d'être cités sont également référencés à ce stade (Ritchie et al., 2002).

La présentation et l'organisation des cartographies sont conditionnées par le choix de l'analyse, qui peut être thématique, c'est-à-dire axée sur chaque thème à travers l'ensemble des publications, ou par cas, c'est-à-dire centrée sur chaque publication en tenant compte de tous les thèmes. Dans notre situation, l'approche est une approche mixte thématique et par cas ensuite ;

ainsi, des tableaux sont conçus pour chacune des thématiques clés (engagement et santé psychologique), et des contributions seront apportées pour plusieurs publications relatives à chaque tableau. Les cas individuels sont conservés dans un ordre cohérent à travers l'ensemble des tableaux thématiques, ce qui permet de faciliter l'analyse globale des données relatives à chaque cas ainsi que la réalisation de comparaisons. Le degré de précision consigné dans les tableaux peut fluctuer, allant de descriptions approfondies à des abréviations énigmatiques, selon le projet et le chercheur impliqué. Le tableau issu de la cartographie est principalement axé sur des données démographiques générales, il inclut les éléments suivants : le numéro de l'étude attribué, les noms des auteurs, l'année de publication, le pays d'origine, le titre de la revue, l'objectif de l'étude, la taille de la population ainsi que le devis de recherche, comme il est possible de l'observer dans l'Annexe 1.

Nous avons adopté une approche homogène pour l'ensemble des 42 études intégrées dans notre revue. Toutefois, il s'est fréquemment avéré difficile d'extraire l'ensemble des informations requises lorsque l'étude ne comportait pas le matériel pertinent. Cependant, il est bien établi que les données ne sont pas systématiquement présentées dans les formats les plus accessibles (Arksey et O'Malley, 2005; Doody et al., 2020).

Figure 2: Flow d'évaluation des études suivant PRISMA



2.3. Résultats

Les résultats de cette revue de portée ont été structurés en trois thèmes ; caractéristiques des études incluses, thématisation des concepts engagement et santé psychologique et relations entre engagement et santé psychologique.

2.3.1. Caractéristiques des études incluses

▪ *Le nombre d'articles*

Quarante-deux études (42) ont été sélectionnées à l'issue d'une recherche documentaire. Il est en effet essentiel de connaître le nombre d'articles pour plusieurs raisons, notamment : l'évaluation de l'étendue du champ d'études, la structuration de l'analyse, la solidité de l'analyse, ainsi que la possibilité de comparaison. Toutefois, il apparaît essentiel de replacer les éléments dans leur contexte afin de clarifier les raisons ayant conduit à l'acquisition de ce nombre considérable d'articles. Au départ, l'un de nos critères d'inclusion consistait en des articles abordant l'engagement et la santé psychologique, englobant simultanément le bien-être et la détresse psychologique, conformément aux recommandations de plusieurs auteurs (Gilbert et al., 2011; Machado, 2015; Massé et al., 1998a; Savoie et al., 2011). Toutefois, nos recherches préliminaires se sont révélées totalement infructueuses ; en d'autres termes, nous n'avons identifié aucun article abordant simultanément l'engagement et la santé psychologique selon une approche bidimensionnelle (c'est-à-dire la détresse psychologique et le bien-être). Nous avons donc décidé d'intégrer un champ de recherche plus inclusif en y ajoutant la fonction « OU ». Ainsi le concept préliminaire était : (ENGAGEMENT) ET (BIEN-ÊTRE **ET** DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE) et le concept modifié est plus inclusif : (ENGAGEMENT) ET (BIEN-ÊTRE **OU** DÉTRESSE

PSYCHOLOGIQUE). Ce changement a en effet généré plusieurs résultats, parmi lesquels plusieurs études non pertinentes.

▪ *Noms des auteurs, année et pays*

Parmi les 42 études, 15 pays suivants sont représentés : Les États-Unis (10), l'Espagne (6), l'Australie (4), la Finlande (4), la Turquie (4), le Canada (2), l'Allemagne (2), les Pays-Bas (2), le Portugal (2), la Belgique (1), la France (1), la Grèce (1), l'Italie (1), la Lituanie (1) et la Suède (1). Une répartition en pourcentage de ces pays est illustrée dans la Figure 3.

Une analyse annuelle indique que la majorité des études (neuf études) a été publiée après la période de la pandémie COVID-19, comme l'illustre la Figure 4.

Figure 3: Répartition des études en pourcentage selon les pays

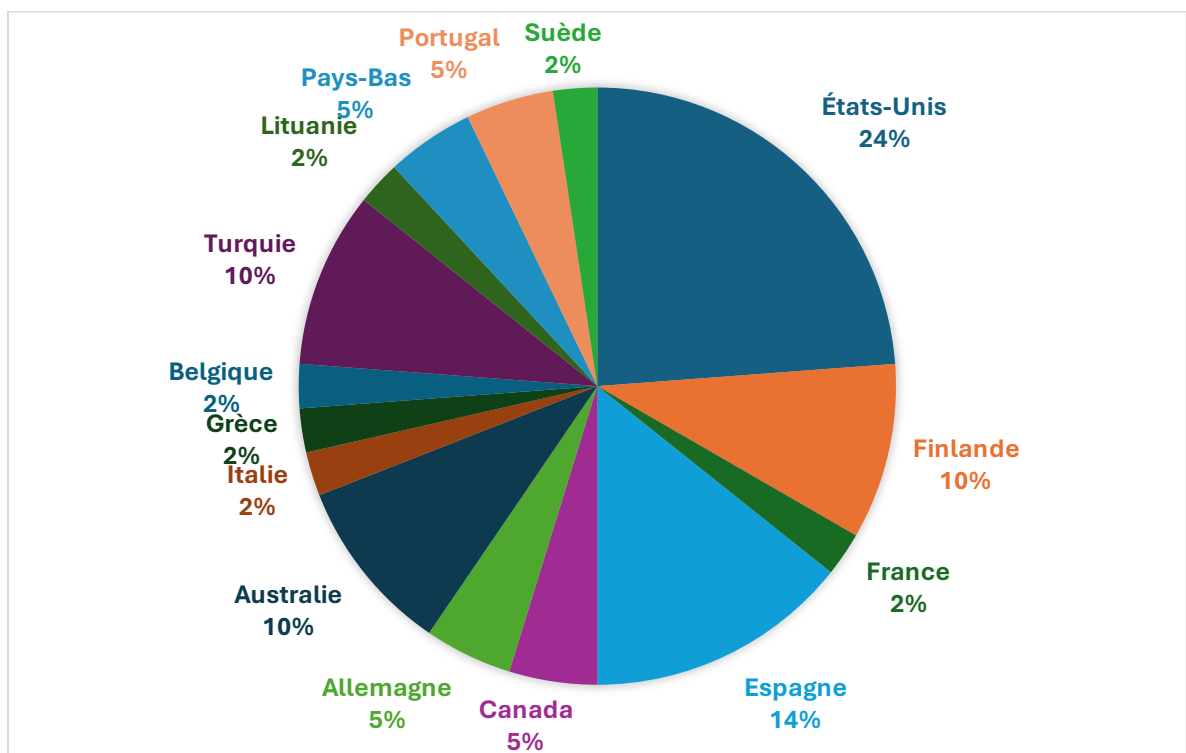
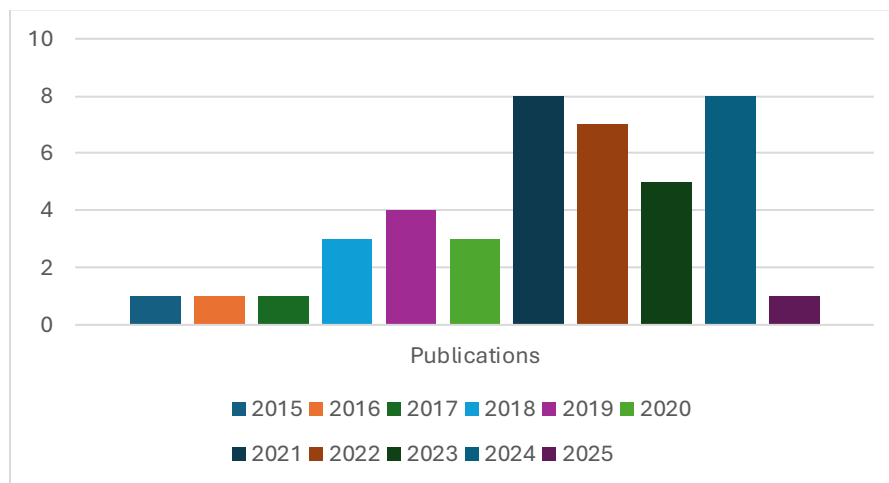


Figure 4: Répartition du nombre d'études par année



▪ **Titre de la publication**

Cette donnée fut surtout importante pour la sélection des études durant les premières étapes de notre analyse. Une synthèse thématique des publications montre que la majorité des études se concentrent sur la compréhension des dynamiques entourant l'engagement au travail et l'épuisement professionnel (burn-out) chez le personnel infirmier et les professionnels de la santé. Un thème prédominant est également l'impact de la pandémie de COVID-19 sur ces populations, compte tenu de son influence sur les conditions de travail et le bien-être psychologique, ce qui explique un grand nombre de publications durant et après la pandémie COVID-19. Une analyse thématique à l'aide des titres ressort comme catégorie les points suivants :

- ✓ **L'engagement au travail — facteurs, médiateurs et conséquences** : ce thème central explore l'engagement au travail des professionnels de la santé, en examinant les facteurs qui l'influencent et ses répercussions, ce point englobe l'ensemble des études.
- ✓ **L'épuisement professionnel (burn-out) et la détresse psychologique — causes et manifestations** : un grand nombre d'études se penchent sur le burn-out et diverses formes de détresse psychologique rencontrées par le personnel infirmier.

- ✓ **L'impact de la pandémie de COVID-19 sur les professionnels de la santé** : une catégorie significative d'articles analyse les conséquences directes de la pandémie de COVID-19 sur la santé mentale, le bien-être et l'engagement du personnel infirmier et des professionnels de la santé.
- ✓ **L'intention de quitter et le roulement du personnel** : ce thème est crucial pour comprendre la rétention du personnel infirmier.
- ✓ **Le rôle du leadership, de l'environnement de travail et du soutien organisationnel** : ce thème met en lumière l'influence de la gestion et du contexte organisationnel sur le bien-être du personnel infirmier
- ✓ **Le Bien-être global et les stratégies d'adaptation** : certains articles adoptent une perspective plus large sur le bien-être
- ✓ **Populations spécifiques et contextes de soins infirmiers** : plusieurs études ciblent des groupes de personnel infirmier ou des contextes de soins particuliers pour une analyse plus fine.

▪ *Objectif de l'étude*

Grâce à l'objectif des études, il est possible de saisir les intentions que les chercheurs ont souhaité explorer, expliquer, décrire ou évaluer. Nous possédons une vision scientifique améliorée de chaque article, ainsi qu'une compréhension approfondie du degré de profondeur de l'étude. Il est également envisageable de classer et de regrouper les études selon des thématiques spécifiques, tout en veillant à ce que les objectifs soient en adéquation avec les concepts analysés.

Une classification basée sur le titre et les objectifs a permis de regrouper les études en cinq catégories distinctes. Certaines publications apparaissent dans plusieurs catégories en raison de leurs thématiques pertinentes pour chacune d'elles. Cependant, nous avons choisi une classification dans laquelle l'étude occupe une place prépondérante comme on peut le voir dans le Tableau 4.

Tableau 4: Catégorisation suivant le titre et les objectifs

Catégorie	Études appartenant à la catégorie
Impact de la COVID-19 sur les professionnels de santé (8 études)	Bernburg et al., 2021 ; Courson et al., 2022 ; Gómez-Salgado et al., 2021 ; Middleton et al., 2021 ; Panari et al., 2022 ; Rikos et al., 2024 ; Scheepers et al., 2023 ; Tabur et al., 2022
Facteurs organisationnels et de leadership (11 études)	Celebi Cakiroglu et Tuncer Unver, 2024 ; Havens et al., 2018 ; Hult et Ring, 2024 ; Jedwab et al., 2021 ; Kohnen et al., 2024 ; Hult et Terkamo-Moisio, 2023 ; Mauno et al., 2016 ; Rawson et al., 2024 ; Rodwell et Johnson, 2022 ; Sirola et al., 2024 ; Şanlıöz et al., 2023
Stress, burn-out et résilience (10 études)	Clark et al., 2022 ; Desai et al., 2024 ; Kilroy et al., 2022 ; Munn et al., 2025 ; Paustian-Underdahl et al., 2023 ; Pérez-Fuentes et al., 2018 ; Riedl et Thomas, 2019 ; Sinclair et al., 2015 ; Wolotira, 2023
Engagement au travail et bien-être général (9 études)	Barutcu et Ergin, 2017 ; Borges et al., 2021 ; García-Iglesias et al., 2021 ; Malagon-Aguilera et al., 2019 ; Porter et Urban, 2024 ; Remegio et al., 2021 ; Santos et al., 2020 ; Topa et Aranda-Carmena, 2022 ; Ziedelis, 2019
Intention de quitter et rétention (6 études)	Austin et al., 2020 ; Hoeve et al., 2020 ; Huyghebaert et al., 2019 ; Marques-Pinto et al., 2018 ; Pennbrant et Dåderman, 2021

▪ **Taille de la population**

La taille de la population (Tableau 5) permet principalement d’apprécier l’ampleur empirique des résultats. En effet, une taille d’échantillon conséquente peut indiquer des résultats susceptibles d’être généralisés, tandis qu’une taille d’échantillon réduite peut refléter une étude davantage exploratoire ou qualitative. En croisant ces informations avec d’autres données, telles que l’objectif de l’étude, cela permet d’établir une catégorisation méthodologique. L’ensemble de ces éléments peut également enrichir la discussion de manière générale.

Concernant les études quantitatives en particulier, comme l’indiquent Porter et Urban (2024) et Hoe (2008), la question de la taille de l’échantillon, tant pour l’adaptation des échelles

que pour les études de modèles d'équations structurelles, ne suscite pas toujours un consensus parmi les chercheurs. Il est néanmoins indéniable de reconnaître que la sensibilité à la capacité d'identifier les différences entre les données augmente proportionnellement à la taille de l'échantillon dans les études en général. Ainsi, des chercheurs tels que Porter et Urban (2024) ainsi que Reisinger et Turner (1999) ont conclu que lorsque la taille de l'échantillon excède 500, la méthode acquiert une sensibilité significative, permettant ainsi de détecter une variété de différences dans les critères d'ajustement. Cette observation permet de classer les études quantitatives (37 sur 42 études, représentant un taux de 88 %) en fonction de l'atteinte ou non du quota de 500, dans le but d'évaluer leur sensibilité. Certaines publications qui adoptent simultanément une approche quantitative et qualitative n'ont pas été intégrées dans la liste des articles quantitatifs (3 études), malgré l'importance de leur population, comme en témoigne l'étude de Jedwab et al. (2021), qui présente une population de 468 participants.

Il apparaît également essentiel de souligner que certaines études englobent le personnel de santé de manière générale, incluant notamment les médecins, les sages-femmes, les ambulanciers, les techniciens de laboratoire. Bien que le pourcentage de la population infirmière soit fréquemment évoqué dans ce contexte, les articles traitant de ce sujet demeurent relativement rares, et nos analyses n'apportent pas nécessairement de distinctions significatives dans l'interprétation des résultats.

Par conséquent, 12 articles présentent une population supérieure à 500, 12 articles portent sur une population comprise entre 300 et 500, et 17 articles concernent une population inférieure à 300, comme illustré à la Figure 5. Un article de nature qualitative n'a pas été inclus dans cette répartition, celui-ci ne rapportant aucun effectif chiffré de la population étudiée.

Figure 5: Classification des études selon la taille de la population

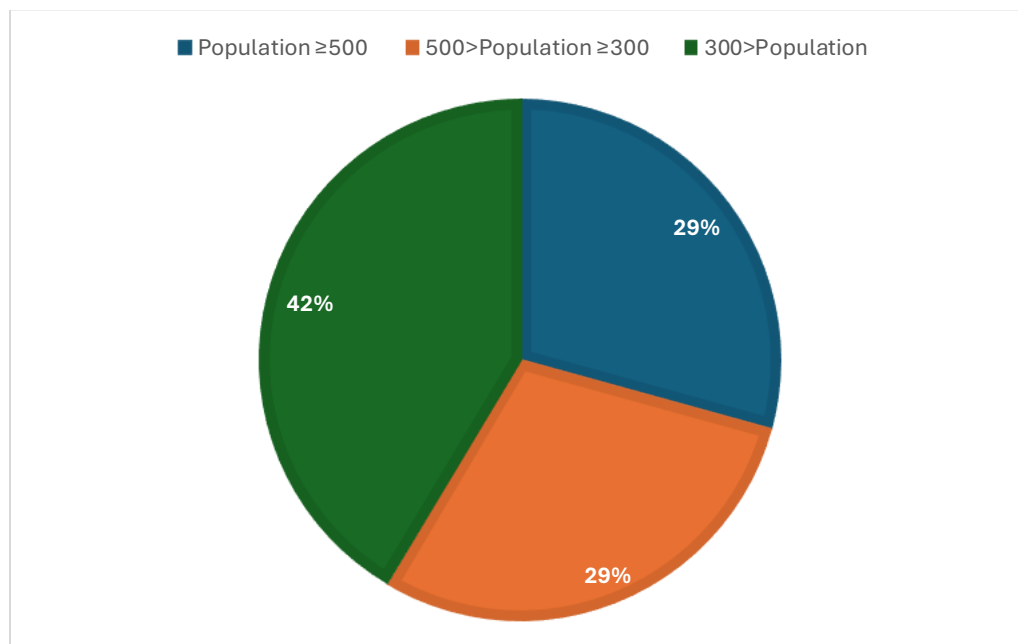


Tableau 5: Études et taille de la population

Étude	Taille de la population étudiée
1 (Desai et al., 2024)	83 participants (50% d'infirmiers et infirmières)
2 (Courson et al., 2022)	107 personnels infirmiers
3 (Havens et al., 2018)	382 d'infirmiers et infirmières en soins directs
4 (Hult et Ring, 2024)	2370 personnels infirmiers diplômés
5 (Huyghebaert et al., 2019)	244 personnels infirmiers
6 (Malagon-Aguilera et al., 2019)	109 personnels infirmiers
7 (Austin et al., 2020)	309 personnels infirmiers (sur 635 ayant rempli le questionnaire de base)
8 (Borges et al., 2021)	333 personnels infirmiers (180 portugaises, 153 espagnoles)
9 (Gómez-Salgado et al., 2021)	1459 professionnels de la santé (personnel infirmier - 68,6%, médecins -14,7% et professionnels de la santé associés)
10 (Mauno et al., 2016)	3466 infirmières et infirmiers
11 (Hoeve et al., 2020)	18 jeunes personnels infirmiers (étude avec données mixtes)
12 (Marques-Pinto et al., 2018)	2235 personnels infirmiers portugais
13 (Rawson et al., 2024)	41 personnels infirmiers éligibles (étude par méthodes mixtes)
14 (Bernburg et al., 2021)	166 personnels infirmiers ambulatoires
15 (García-Iglesias et al., 2021)	1704 infirmiers et infirmières
16 (Jedwab et al., 2021)	468 infirmières (étude mixte : données qualitatives par entretiens de groupe et quantitatives par enquête)

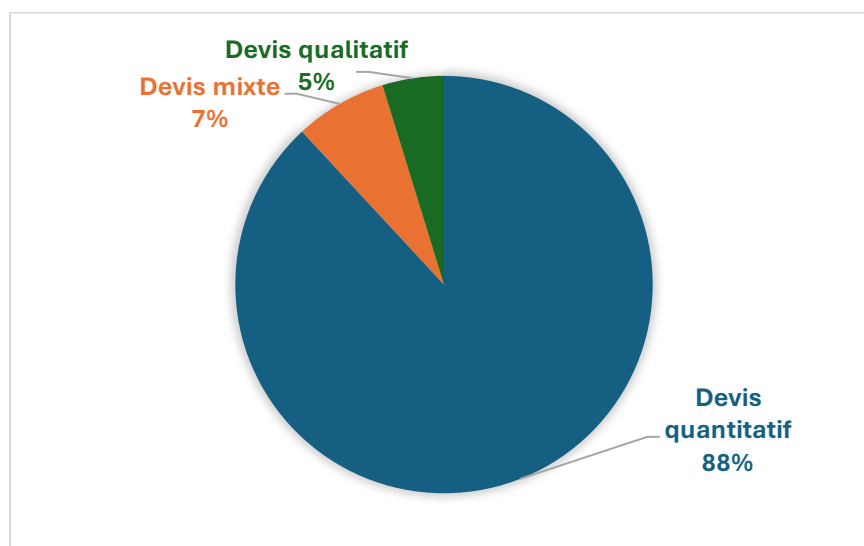
17 (Panari et al., 2022)	218 infirmiers et infirmières
18 (Pérez-Fuentes et al., 2018)	1777 professionnels infirmiers
19 (Rodwell et Johnson, 2022)	273 personnel infirmier et sages-femmes
20 (Tabur et al., 2022)	344 professionnels de la santé (personnel infirmier, médecins, sages-femmes, techniciens, etc.) 29.41% sages-femmes et personnel infirmier diplômés.
21 (Topa et Aranda-Carmena, 2022)	Étude 1 (N=699), Étude 2 (N=498), Étude 3 (N=308) personnel infirmier diplômé d'État ou personnel infirmier praticiens
22 (Pennbrant et Dåderman, 2021)	807 personnels infirmiers
23 (Munn et al., 2025)	337 personnels infirmiers urgentistes
24 (Middleton et al., 2021)	59 questionnaires personnels infirmiers
25 (Wolotira, 2023)	Sans objet (revue narrative)
26 (Kilroy et al., 2022)	2174 personnels infirmiers
27 (Sinclair et al., 2015)	310 personnels infirmiers en soins aigus
28 (Clark et al., 2022)	15 répondants infirmiers et infirmières (analyse de contenu qualitative)
29 (Rikos et al., 2024)	102 participants (médecins, personnel infirmier, et technologues en laboratoire médical) (58 infirmiers et infirmières soit 56.9%)
30 (Scheepers et al., 2023)	173 participants avec 56,0 % d'infirmiers et infirmières ; 18,6 % de personnel paramédical ; 25,5 % de personnel de soutien
31 (Kohnen et al., 2024)	1117 personnels infirmiers en soins directs
32 (Sirola et al., 2024)	329 participants (personnel infirmier et aides-soignants, médecins, psychologues, professionnels de la réhabilitation, travailleurs sociaux, secrétaires et responsables) Pourcentage du personnel infirmier non inclus
33 (Şanlıöz et al., 2023)	402 données d'enquête avec 31 docteurs, 281 (infirmier/infirmière, sage-femme, agent de santé) 81 personnels administratifs et 9 autres
34 (Riedl et Thomas, 2019)	97 personnels infirmiers
35 (Celebi Cakiroglu et Tuncer Unver, 2024)	559 personnels infirmiers pour l'étude principale
36 (Porter et Urban, 2024)	542 infirmiers et infirmières
37 (Ziedelis, 2019)	351 infirmiers et infirmières
38 (Hult et Terkamo-Moisio, 2023)	366 cadres du personnel infirmier
39 (Santos et al., 2020)	409 personnels infirmiers hospitaliers
40 (Remegio et al., 2021)	144 cadres du personnel infirmier
41 (Barutcu et Ergin, 2017)	175 personnels infirmiers (Groupe X: 110; Groupe Y: 65)
42 (Paustian-Underdahl et al., 2023)	265 personnels infirmiers

▪ *Devis de recherche*

Le devis de recherche, qu'il soit de nature quantitative, qualitative, mixte ou sous forme de revue de littérature, revue de portée ou analyse documentaire, permet de saisir la manière dont les phénomènes sont appréhendés, que ce soit de manière exploratoire, explicative ou évaluative dans le cadre d'une approche qualitative, ou à travers des données chiffrées, descriptives dans le cadre d'une approche quantitative. Naturellement, le devis méthodologique permet également de catégoriser les recherches, comme cela a été illustré dans la section consacrée à la taille de l'échantillon. Le devis permet également de repérer d'éventuels déséquilibres méthodologiques, en se demandant si le fait d'avoir une prédominance écrasante d'études partageant un même design ne pourrait pas indiquer une lacune. Par exemple, un manque de compréhension approfondie de l'expérience des participants peut être observé lorsque 80 % des études sont de nature quantitative, ou une efficacité limitée des interventions peut être constatée si une majorité significative des études est exclusivement quantitative.

On constate en effet que 88 % des publications ont un devis quantitatif, 7% ont un devis mixte et 2 % un devis qualitatif comme on peut le voir dans la Figure 6.

Figure 6: Devis des études



2.3.2. Thématisation des concepts engagement et santé psychologique

Dans cette section, nous avons réalisé des analyses approfondies des 42 articles dans le but d'extraire, pour chacun des concepts d'engagement et de santé psychologique, les terminologies synonymes pertinentes à cette étude. Cependant, il convient de noter qu'il est essentiel de distinguer ces deux concepts fondamentaux : l'engagement et la santé psychologique. Les représentations synonymes de l'engagement sélectionnées ont été établies progressivement au cours des lectures. Cependant, en ce qui concerne les représentations synonymiques de la santé psychologique, nous avons opté pour une adoption inclusive des concepts liés à la détresse psychologique ainsi qu'au bien-être psychologique. En d'autres termes, au cours de nos lectures, nous avons pris en considération des concepts qui sont parfois perçus comme des symptômes et des manifestations de la détresse, du bien-être, voire des deux. Cette décision repose sur au moins deux raisons fondamentales. La première justification repose sur le manque d'études abordant de manière simultanée l'engagement et la santé psychologique, cette dernière étant considérée sous un angle bidimensionnel englobant à la fois la détresse psychologique et le bien-être psychologique. La seconde raison repose sur le constat que de nombreuses études abordent la santé psychologique de manière unidimensionnelle, postulant ainsi que l'absence de bien-être psychologique engendre nécessairement une détresse psychologique, et réciproquement. De plus, il est manifeste qu'il existe une zone d'ambiguïté entre ce qui est perçu comme un symptôme ou une manifestation de la santé psychologique et ce qui constitue un facteur contributif à celle-ci. Cela nous a conduits à intégrer, outre les terminologies identifiées comme symptômes et manifestations de la santé, les « facteurs contributifs » au bien-être ainsi qu'à la détresse psychologique dans notre tableau d'extraction. Ainsi, deux tableaux ont pu être élaborés. Le

tableau figurant à l'Annexe 2 regroupe les concepts synonymes de l'engagement, tandis que celui présenté à l'Annexe 3 est consacré aux notions relatives à la santé psychologique.

1. L'engagement au travail

Comme le montre l'Annexe 2, nous avons là une exploration approfondie des différentes facettes de l'engagement professionnel et organisationnel, telle qu'analysée à travers les 42 études. Comme le soulignent ces études, l'engagement est un concept clé en milieu organisationnel tant pour l'individu que pour l'organisation pour plusieurs raisons.

Déjà, l'engagement au travail est défini de manière récurrente comme un état affectif cognitif positif et épanouissant lié au travail (Austin et al., 2020; Borges et al., 2021; Courson et al., 2022; Desai et al., 2024; Gómez-Salgado et al., 2021; Havens et al., 2018; Huyghebaert et al., 2019; Malagon-Aguilera et al., 2019; Hult et Terkamo-Moisio, 2023; Mauno et al., 2016) ou un état mental positif et satisfaisant (Bernburg et al., 2021; Hoeve et al., 2020; Marques-Pinto et al., 2018; Rawson et al., 2024). Puis les employés engagés sont décrits comme étant cognitivement, émotionnellement et physiquement présents, s'investissant dans leurs tâches professionnelles et déployant davantage d'énergie dans leur travail. Cet investissement se traduit par une bonne performance professionnelle (García-Iglesias et al., 2021; Jedwab et al., 2021). Ensuite, l'engagement engendre des émotions positives à l'égard du travail et une bonne performance professionnelle, conduisant à un sentiment d'appartenance, de satisfaction et d'épanouissement. La vigueur, la dévotion et l'absorption sont les dimensions clés qui caractérisent cet état, comme le montrent tous les auteurs qui conceptualisent l'engagement au travail selon Schaufeli et al. (2002). Il est intéressant de noter qu'au-delà de toute attente, l'intention de démissionner est considérée comme l'antithèse directe de la rétention et, par conséquent, de l'engagement envers l'organisation. Cela signifie qu'un niveau élevé d'engagement contribue à la rétention des

employés (Clark et al., 2022; Porter et Urban, 2024). Ensuite, les « pratiques de travail à forte implication » (High-involvement work practices — HIWPs), qui visent à augmenter l'implication des employés, sont conçues pour améliorer les résultats des employés et de l'organisation.

Cela suggère que l'engagement est un levier stratégique pour la performance globale de l'organisation (Hult et Terkamo-Moisio, 2023; Rikos et al., 2024). Et enfin, l'engagement au travail est un concept multiaxial influencé par des facteurs liés au climat organisationnel (ex.: leadership), aux ressources professionnelles (ex.: pratique professionnelle), aux ressources personnelles (ex.: compétences psychologiques), aux exigences du travail et aux variables démographiques. Sa position centrale en fait un indicateur important de la santé organisationnelle et individuelle (Ziedelis, 2019).

Force est de constater que l'engagement au travail est défini de façon prédominante (78% des études, soit 33 études sur 42) comme un état affectif cognitif positif et épanouissant lié au travail, se caractérisant par de la vigueur, de la dévotion et une immersion totale (absorption). Cette définition est majoritairement attribuée à Schaufeli et al. (2002). Dans cette définition, on a trois sous-dimensions qui permettent de la caractériser : la vigueur qui renvoie à des niveaux élevés d'énergie et de résilience mentale ; la dévotion qui renvoie à une forte implication, de l'enthousiasme, de l'inspiration et du défi et enfin l'absorption qui renvoie à une concentration totale et immersion profonde dans les tâches, où le temps passe vite. Bien de fois, les études omettent de définir l'engagement en soi, mais on constate par ailleurs qu'elles font référence aux sous-dimensions de l'engagement (vigueur, dévotion, absorption) à travers leur outil de mesure standardisé l'*Utrecht Work Engagement Scale* (UWES). Il se trouve en effet que l'UWES est l'outil de mesure de l'engagement au travail selon Schaufeli et al. (2002). Cet outil a cependant plusieurs versions (17, 9 ou 3) selon le nombre d'items utilisés. Cet outil se présente comme un

outil très fiable. En effet le coefficient d'alpha de Cronbach le plus bas relevé des études est de 0,84 avec UWES-3 (Courson et al., 2022; Desai et al., 2024) et le coefficient d'alpha de Cronbach le plus haut relevé des études est de 0,96 avec UWES-9 (Havens et al., 2018; Hult et Terkamo-Moisio, 2023). D'autres études cependant présentent l'engagement sous la forme d'engagement organisationnel faisant référence à la définition selon Allen et Meyer (1990) et se déclinant en trois niveaux distincts : l'engagement affectif (attachement, identification), l'engagement de continuité (besoin de rester) et l'engagement normatif (obligation de rester). Cette forme d'engagement est mesurée soit par des instruments spécifiques comme celui de Vandenberghe et Bentein (2009) ou tout simplement par des questions directes sur l'intention de quitter (Hoeve et al., 2020; Huyghebaert et al., 2019; Hult et Terkamo-Moisio, 2023). D'autres études présentent l'engagement comme un engagement professionnel (Hoeve et al., 2020) défini comme un engagement affectif envers la profession, plutôt qu'un poste spécifique et pouvant être évalué par des échelles dédiées comme la *Professional Commitment Scale* ou le *Repeated Exploration and Commitment Scale in the domain of Education* (RECS-E; van der Gaag et Kunnen, 2013). Aussi, il y a une approche de l'engagement comme des Pratiques de Travail à Forte Implication (PTFI ou en anglais *High-Involvement Work Practices* — HIWPs) (Kilroy et al., 2022). Il s'agit d'un ensemble de pratiques de ressources humaines visant à améliorer les résultats des employés et de l'organisation en augmentant l'implication des employés dans la prise de décision, la motivation et les compétences. Les dimensions de cette forme d'engagement sont l'implication des employés dans le processus décisionnel, la motivation et les compétences. Il se mesure avec des échelles compilant des pratiques telles que le partage d'informations, la reconnaissance et la formation. Enfin, l'engagement est présenté comme l'antithèse directe de la rétention et de l'engagement envers l'organisation : l'intention de quitter en anglais *Turnover intentions*. Il est alors mesuré par

des échelles comme celle de Walsh et al. (1985) ou par des questions spécifiques sur le désir de quitter un poste ou la profession (Austin et al., 2020; Jedwab et al., 2021; Marques-Pinto et al., 2018; Middleton et al., 2021; Pennbrant et Dåderman, 2021; Stefanovska-Petkovska et al., 2021; Tabur et al., 2022; Wolotira, 2023).

2. La santé psychologique du personnel infirmier

Comme le montre le tableau de l'Annexe 3, on a une synthèse des concepts liés à la santé psychologique, leurs définitions, leur classification (facteur contributif, symptôme/manifestation centrale, concept général) et les instruments de mesure, tirés des 42 études. Ce tableau permet d'identifier les thèmes récurrents dans la recherche sur la santé psychologique, de comprendre comment les concepts sont définis et mesurés, et de distinguer les facteurs favorisant le bien-être de ceux contribuant à la détresse professionnelle.

L'étude du concept de santé psychologique au travail se révèle être plus complexe en raison de divers facteurs. Le concept implique une approche bidimensionnelle englobant à la fois le bien-être psychologique et la détresse psychologique, et il doit être appliqué dans le contexte professionnel. Cela nécessite une analyse approfondie des articles. La lecture devrait aborder les articles en distinguant clairement les deux sous-concepts du bien-être psychologique et de la détresse psychologique, puis examiner les concepts synonymes de ces sous-concepts, leur définition, leur cadre théorique, leurs dimensions ou indicateurs, les outils de mesure utilisés, les résultats associés à chaque sous-concept, en précisant si le concept est spécifique à la détresse psychologique uniquement, au bien-être uniquement, ou aux deux ensemble, et enfin s'il s'applique spécifiquement au contexte professionnel ou à une population générale.

On a pu alors regrouper plusieurs concepts qui sont des facteurs contributifs ou des symptômes centraux du bien-être et de la détresse psychologique, en regroupant les définitions et

les outils de mesure. Il importe ici de revenir sur la distinction entre "facteur contributif" et un "symptôme" (ou une "manifestation centrale") de bien-être ou de détresse pour comprendre les dynamiques de la santé psychologique au travail. Nous définissons un facteur contributif (ou facteur d'influence) comme un élément, une condition, une ressource ou une demande qui influence l'état psychologique d'un individu. Ces facteurs sont souvent considérés comme les causes ou les déterminants qui peuvent mener à un état de bien-être ou de détresse. Ils agissent en amont de l'expérience psychologique directe.

Dans la présente étude, nous en avons relevé plusieurs facteurs contributifs au bien-être :

- L'engagement au travail : bien qu'il soit un état positif, il est aussi vu comme un catalyseur pour d'autres aspects du bien-être
- Les pratiques de gratitude et la méditation *Heartfulness* qui sont des pratiques qui contribuent au bien-être
- Le soutien social, l'autonomie au travail, et la sécurité psychologique qui sont des ressources qui favorisent un état mental positif
- Un leadership engageant et les opportunités de carrière perçues sont également des facteurs qui contribuent positivement au bien-être

Mais nous avons aussi relevé plusieurs facteurs contributifs à la détresse psychologique :

- Les exigences du poste (*Job demands* en anglais) telles que la surcharge de travail, les exigences émotionnelles ou le fardeau administratif
- La dissonance émotionnelle (le décalage entre les émotions ressenties et celles affichées) et les conflits interpersonnels au travail
- Le leadership toxique et les événements stressants de la vie
- L'emploi précaire et la vulnérabilité

- La fatigue de compassion (*Compassion fatigue* en anglais) est également catégorisée comme un facteur contributif à la détresse, étant le résultat de l'exposition à la souffrance d'autrui

Contrairement aux facteurs contributifs, notre attention s'est principalement portée sur les symptômes ou manifestations centrales du bien-être et de la détresse psychologique. Nous définissons un symptôme ou une manifestation centrale comme l'expression directe de l'état psychologique de l'individu, qu'il soit en situation de bien-être ou de détresse. Il s'agit des indicateurs observables ou des émotions éprouvées qui résultent des facteurs contributifs. Étant donné que ces symptômes résultent de facteurs contributifs, il est fréquent de rencontrer des zones d'incertitude dans cette conceptualisation, c'est-à-dire des concepts qui peuvent être classés tantôt comme des facteurs contributifs, tantôt comme des symptômes.

Comme symptôme / Manifestation centrale du bien-être, nous avons :

- La gratitude : la gratitude est définie comme un processus en deux étapes : 1. la reconnaissance et l'appréciation d'un résultat ou d'un événement positif, et 2. la reconnaissance du bien-fondé de sa vie et l'acceptation que cette richesse est due en grande partie à des forces extérieures et aux efforts d'autrui (Desai et al., 2024).
- La satisfaction de la compassion (CS) : la satisfaction de la compassion (CS) est généralement considérée comme une émotion positive et enrichissante de satisfaction associée à la prestation de soins aux patients (Desai et al., 2024).
- L'accomplissement personnel : non défini dans les études, mais fait référence à un symptôme de bien-être, souvent l'inverse d'un manque d'accomplissement personnel dans le contexte du burn-out (Marques-Pinto et al., 2018).

- Satisfaction au travail : non défini explicitement dans les études, mais est un concept symptomatique du bien-être (Clark et al., 2022; Remegio et al., 2021; Rodwell et Johnson, 2022; Stefanovska-Petkovska et al., 2021)
- L'intention de rester : non défini dans les études, mais est un concept symptomatique du bien-être, l'opposé étant l'intention de quitter (Jedwab et al., 2021)
- La performance au travail : non défini dans les études

Et comme symptôme / Manifestation centrale de la détresse, nous avons :

- Le burn-out (BO) : il s'agit d'un syndrome découlant d'un stress chronique au travail qui n'a pas été efficacement géré et est reconnu comme un problème de santé majeur. Il se manifeste par un épuisement émotionnel, une dépersonnalisation ainsi qu'une diminution du sentiment d'accomplissement personnel, en lien avec une insatisfaction professionnelle. Il est également décrit comme un syndrome se manifestant par un épuisement émotionnel, une dépersonnalisation et un sentiment d'inaccomplissement personnel, apparaissant chez les professionnels en réponse à un stress professionnel prolongé ou chronique. Il s'agit d'un syndrome quantifiable qui émerge à la suite d'une exposition prolongée à des facteurs de stress, qu'ils soient d'ordre physique ou psychologique. Il se manifeste avec une plus grande fréquence au sein des professions de soins et se distingue par un épuisement émotionnel, une dépersonnalisation ainsi qu'une diminution de l'efficacité professionnelle. Il peut être défini par la vigueur, la démotivation, ainsi que par des déficits cognitifs et émotionnels. Il est lié à des charges de travail considérablement élevées ainsi qu'à des environnements de travail peu propices, et se distingue par des manifestations telles que l'épuisement, la frustration, la colère et la dépression. Les deux dimensions essentielles du burn-out sont l'épuisement et le désengagement. Les sous-échelles d'épuisement mesurent la perception d'une fatigue

émotionnelle ainsi que la disponibilité limitée de ressources pour faire face aux situations professionnelles. La sous-échelle de cynisme mesure les réactions indifférentes ou détachées à l'égard du travail dans son ensemble.

- Anxiété : l'anxiété constitue l'une des émotions qui avertissent les individus de la présence de menaces nécessitant une préoccupation. Grâce à ce mécanisme d'alerte, les individus sont en mesure d'évaluer les enjeux liés à des situations potentiellement mortelles et d'y réagir de manière appropriée et protectrice.
- Colère : Non définie dans les études.
- Conflit émotionnel : Non défini dans les études.
- Dépersonnalisation (une dimension du burn-out) : sous-dimension du burn-out, la dépersonnalisation se manifeste lorsqu'un individu adopte une attitude distante à l'égard de son travail.
- Dépression : un état de dépression peut entraîner des sautes d'humeur, une tristesse ou un désintérêt généralisé, des difficultés de concentration, un ralentissement des fonctions psychomotrices, une perte d'énergie, des pensées négatives, une perte de perspective sur la vérité et la réalité, des troubles du sommeil, ainsi que des idées et des comportements suicidaires. La dépression est également une des caractéristiques du burn-out.
- Détresse psychologique : constitue l'une des deux dimensions de la santé psychologique. Non définie directement dans les études.
- Épuisement émotionnel (une dimension du burn-out) : considéré comme une sous-dimension du burn-out, il se définit comme un état dans lequel un individu éprouve une fatigue profonde sur les plans émotionnel, physique et cognitif dans le contexte de son activité professionnelle.

Il représente une forme de tension liée au travail, se manifestant en réponse à un stress professionnel persistant.

- Fatigue : reflète un sentiment accablant de lassitude attribuable aux exigences physiques et psychologiques qui peut être atténué par des périodes de repos pendant et après les quarts de travail. La fatigue est une conséquence des exigences professionnelles et peut mener au stress et au burn-out.
- Frustration : Non définie dans les études.
- Image intrusive : Non définie dans les études.
- Insatisfaction au travail (*Job dissatisfaction / Lower levels of job satisfaction*) : Non défini dans les études.
- Intention de démissionner / de quitter (*Turnover intentions / Intention to quit / Intention to leave the organization / Intention to quit their jobs / Intention to leave the nursing profession*) : non défini directement dans les sources, mais implicitement l'opposé de l'intention de rester.
- Isolement social: définis comme les perceptions des employés concernant l'absence de soutien et de reconnaissance, les occasions manquées d'interactions informelles avec leurs pairs, ainsi que le sentiment de ne pas faire partie du groupe.
- Maladies (*Health issues*) : non définies dans les études.
- *Non-psychotic psychiatric problems* : non défini dans les études.
- Perception du stress (*Perceived stress*) : le stress perçu est défini comme la sensation ou l'interprétation selon laquelle des événements ou des situations imposent des exigences excessives à un individu.
- Problèmes de sommeil / Difficultés de sommeil (*Sleep quality / Sleep difficulties*) : non définis dans les études.

- Productivité au travail (*work productivity*) : non définie dans les études.
- Sentiment négatif (*Negative emotions*) : non définie dans les études.
- Stress lié à la pandémie (*Pandemic-related stress*) : non défini dans les études.
- Soucis et préoccupations liées à la pandémie (*Pandemic-related worries and concerns*) : non définis dans les sources.
- Stress (général) : non défini dans les études.
- Stress traumatique secondaire (STS) : décrit comme un sentiment négatif découlant d'un traumatisme et de la peur liés au travail. C'est une des dimensions de la fatigue de compassion. Il est défini par les conséquences négatives caractérisées par des difficultés de sommeil, des images intrusives et l'évitement des rappels des expériences vécues par la personne, suite à la peur et au traumatisme liés au travail.
- Tension (*State tension* en anglais) : non définie dans les études.
- Traumatisme (Trauma) : non défini dans les études.
- Tension liée au travail (*Job-related strain*) : non définie dans les études.
- Taux de roulement (*Turnover rates*) : Non défini dans les études.
- Workaholisme (*Compulsive work, Excessive work*) : décrit comme un désir compulsif d'une personne dont le besoin de travailler est devenu si excessif qu'il engendre des perturbations notables ou des interférences avec sa santé physique, son bonheur personnel, ses relations interpersonnelles, ainsi qu'avec son bon fonctionnement social.

Le burn-out ressort surtout comme une prévalence conceptuelle associée à certains outils comme *Maslach Burnout Inventory* (MBI) ou *Professional Quality of Life Scale* (ProQOL) mesurant le burn-out, la fatigue de compassion et le stress traumatique secondaire. On remarque

aussi que beaucoup de concepts ne sont pas définis dans la littérature, sans doute considérés connus ou compris par le grand public.

2.3.3. Relations entre engagement et santé psychologique

La santé psychologique constitue un concept multidimensionnel, considéré comme la résultante d'une synthèse entre le bien-être psychologique et l'absence de détresse psychologique. Dans ce contexte, l'engagement professionnel, conceptualisé comme un état d'esprit favorable et épanouissant marqué par la vigueur, le dévouement et l'absorption, occupe une place essentielle et complexe dans la préservation ainsi que la promotion de la santé psychologique des individus, notamment au sein des métiers exigeants tels que ceux du secteur de la santé. Les études mettent en évidence une interdépendance notable entre ces deux notions, l'engagement jouant à la fois le rôle d'indicateur de santé psychologique favorable et celui de facteur protecteur contre sa dégradation.

D'une part, l'engagement se trouve étroitement lié à des degrés élevés de bien-être psychologique. Un niveau élevé d'engagement se manifeste par une satisfaction renforcée tant au travail que dans la vie en général, une prédominance d'affects positifs, ainsi que par la faculté de ressentir de la joie et de l'énergie. Les individus investis manifestent une acceptation de soi accrue, un sens approfondi de la vie, une meilleure maîtrise de leur environnement, des relations interpersonnelles positives, ainsi qu'une progression personnelle et une autonomie nettement renforcée. Les recherches de Desai et al. (2024) appuient cette idée en démontrant que les pratiques de méditation « Heartfulness » ainsi que la gratitude sont susceptibles d'améliorer le bien-être et l'engagement professionnel. Des ressources tant personnelles qu'organisationnelles, telles que la confiance en ses propres capacités (*self-efficacy*), le capital psychologique (PsyCap) comprenant

l'efficacité, l'espoir, l'optimisme et la résilience, le soutien social émanant des collègues et de la hiérarchie, ainsi que la sécurité psychologique, constituent autant de leviers favorisant l'engagement et, par voie de conséquence, le bien-être. Les opportunités de carrière perçues (PCO) présentent également une corrélation positive avec le bien-être, cette relation étant médiatisée par l'attachement affectif à l'organisation.

D'autre part, l'engagement joue un rôle protecteur contre la détresse psychologique ainsi que contre l'épuisement professionnel (burn-out). De nombreuses recherches mettent en évidence une corrélation négative significative entre l'engagement, le burn-out (Jedwab et al., 2021; Panari et al., 2022; Paustian-Underdahl et al., 2023; Pérez-Fuentes et al., 2018; Porter et Urban, 2024; Rikos et al., 2024) et la détresse psychologique (Celebi Cakiroglu et Tuncer Unver, 2024; Gómez-Salgado et al., 2021; Hult et Terkamo-Moisio, 2023; Panari et al., 2022). Dans des contextes professionnels caractérisés par un stress important, tels que celui des soins infirmiers, un engagement soutenu permet aux praticiens de mieux répondre aux exigences professionnelles tout en atténuant les répercussions néfastes sur leur santé psychologique. Des facteurs de stress, notamment une charge de travail importante, des exigences émotionnelles élevées ainsi qu'un déficit de soutien, exercent une influence défavorable sur l'engagement et contribuent à accroître la détresse. L'engagement participe à la prévention de la fatigue et au maintien d'un fonctionnement optimal, bien que la fatigue puisse accroître la motivation contrôlée plutôt que l'autonome. La faculté de se dissocier psychologiquement du travail constitue un élément fondamental pour le bien-être ainsi que pour un fonctionnement optimal.

Cependant, la relation ne se révèle pas systématiquement linéaire ni aisée. Bien que l'engagement soit généralement avantageux, certaines études indiquent qu'un investissement excessif dans le travail (« workaholism ») peut nuire à la santé mentale et provoquer une fatigue

compassionnelle (Borges et al., 2021). Un débat subsiste également concernant la causalité : certains modèles avancent que le bien-être précède l'engagement, tandis que d'autres défendent l'inverse ou une relation bidirectionnelle (Celebi Cakiroglu et Tuncer Unver, 2024; Hult et Terkamo-Moisio, 2023). Des éléments contextuels, tels que la pandémie de COVID-19, ont révélé la résilience des professionnels de santé, lesquels ont fréquemment conservé un engagement soutenu malgré une augmentation notable du stress et de la détresse, en grande partie grâce à un profond sentiment de vocation ainsi qu'à un leadership efficient.

En définitive, la grande majorité des études montrent un lien intrinsèque entre l'engagement professionnel et la santé psychologique. L'engagement contribue à instaurer un état de bien-être et procure une protection contre la détresse, tandis que des conditions de travail saines ainsi que des ressources appropriées se révèlent indispensables pour soutenir et préserver cet engagement.

2.4. Discussion

2.4.1. Retour sur les définitions et conceptualisations

Au cours de cette recherche, nous avons voulu savoir si l'engagement et la santé psychologique étaient définis de manière uniforme dans les études sélectionnées et le cas échéant comprendre la variabilité.

2.4.1.1. La conceptualisation de l'engagement

En ce qui concerne le concept d'engagement, la conceptualisation la plus vulgarisée est celle de l'engagement au travail de Schaufeli et al. (2002) décrit comme un état d'esprit positif et épanouissant lié au travail, caractérisé par la vigueur, le dévouement et l'absorption. Il fut surtout

intéressant de constater que bien que non conceptualisé dans cette étude, l'engagement fut tout de même mesuré avec l'*Utrecht Work Engagement Scale* (UWES), un outil développé par Schaufeli et al. (2002) pour mesurer l'engagement au travail (Courson et al., 2022; Jedwab et al., 2021; Panari et al., 2022; Pennbrant et Dåderman, 2021). Dans l'étude de Bernburg et al. (2021), l'engagement est également conceptualisé selon les sous-dimensions de l'engagement décrit par Schaufeli et al. (2002) à savoir la vigueur, la dédication et l'absorption sans pour autant utiliser l'UWES pour mesurer cet engagement, les auteurs ont plutôt utilisé le Questionnaire psychosocial de Copenhague (*Copenhagen Psychosocial Questionnaire* : COPSOQ). Cependant, une recherche approfondie montre en effet que les auteurs du COPSOQ III² ont adapté des questions de l'UWES-3 pour mesurer l'engagement au travail, ce qui expliquerait pourquoi les auteurs y font allusion sans mentionner Schaufeli et al. (2002).

Aussi on a pu faire le constat d'une plénitude conceptuelle du terme engagement selon tantôt l'organisation (l'engagement organisationnel) ou son travail (l'engagement au travail) ou encore sa profession (l'engagement professionnel), voire sous une forme plus pratico-pratique définie comme des Pratiques de Travail à Forte Implication (PTFI ou en anglais *High-Involvement Work Practices* - HIWPs). Toutes ces formes d'engagement rejoignent assez bien les observations que nous avons effectuées durant la revue de littérature. Il serait alors intéressant de comprendre l'impact d'une forme d'engagement versus une autre. On voudrait surtout savoir si la santé psychologique au travail varierait en fonction de diverses formes d'engagement. Est-on plus en santé psychologique face à l'engagement organisationnel plutôt que l'engagement professionnel ou alors l'engagement au travail ou peut-être même les PTFI ? Peut-on être complètement engagé

² <https://www.copsoq-network.org/assets/Uploads/COPSOQ-network-guidelines-an-questionnaire-COPSOQ-III-131119-signed.pdf>

à sa profession et complètement désengagé vis-à-vis de son organisation sans subir un impact sur sa santé psychologique ?

2.4.1.2. La conceptualisation de la santé psychologique

S'agissant de la santé psychologique, sa conceptualisation se révèle nettement plus ardue en raison de sa nature intrinsèquement complexe, multidimensionnelle et dynamique, intégrant à la fois des éléments positifs et négatifs, tout en étant soumise à l'influence d'une multitude de facteurs subjectifs et contextuels. Examinons les raisons qui rendent sa conceptualisation complexe de manière plus approfondie :

(1). Nature bidimensionnelle et multidimensionnelle de la santé psychologique

La santé psychologique n'est pas simplement l'absence de maladie ou de détresse ; elle englobe à la fois la détresse psychologique et le bien-être psychologique. La détresse psychologique est un état de souffrance émotionnelle, caractérisé par des symptômes variés tels que l'anxiété, la dépression, l'irritabilité, la fatigue, le stress intense, le désespoir, les problèmes cognitifs, l'autodévalorisation, et le désengagement social ou professionnel.

Le bien-être psychologique (BEP) est lui-même complexe, intégrant des conceptions hédoniques (recherche de plaisir, affects positifs, satisfaction de vie) et eudémoniques (réalisation de son potentiel, engagement dans des activités alignées avec ses valeurs et besoins). Il comprend des dimensions comme l'estime de soi, l'équilibre psychologique, l'engagement social, la sociabilité, le contrôle de soi et le bonheur, ainsi que l'acceptation de soi, un sens à la vie, la maîtrise de l'environnement, des relations positives et la croissance personnelle. Cette dualité exige de considérer un large éventail d'états et de manifestations, rendant une définition unique difficile.

(2). Multiplicité des facteurs influençant la santé psychologique

La santé psychologique est façonnée par une interaction complexe de variables personnelles, sociales et organisationnelles. Cette multiplicité de variables et leurs interactions dynamiques rendent la compréhension et l'analyse de la santé psychologique particulièrement nuancées.

D'abord avec les facteurs personnels, les caractéristiques individuelles jouent un rôle crucial dans la manière dont une personne perçoit et réagit aux défis de son environnement. Ensuite avec les facteurs sociaux, les interactions et le soutien social au sein et en dehors du milieu professionnel sont déterminants pour la santé psychologique. Enfin, avec les facteurs organisationnels, l'environnement de travail, ses exigences et les ressources qu'il offre sont des leviers majeurs de la santé psychologique.

(3). Défis de mesure et de conceptualisation opérationnelle :

L'évaluation de la détresse se fait avec une variété d'outils de mesure à différentes échelles et sous-dimensions (ex. GHQ, STAI, DASS-21, *Perceived Stress Questionnaire*) et le bien-être (ex. ProQOL, PWB, WHO-5 *Well-Being Index*). Cette diversité rend la comparaison des résultats et l'harmonisation des conceptualisations difficiles. Les conceptualisations peuvent varier même pour un même concept. Par exemple, le burn-out est généralement défini comme un état d'épuisement mental lié au travail, caractérisé par trois dimensions principales. La première dimension est l'épuisement émotionnel qui est un sentiment d'être submergé par le travail, d'être vidé émotionnellement et physiquement (Havens et al., 2018; Marques-Pinto et al., 2018; Santos et al., 2020; Stefanovska-Petkovska et al., 2021). C'est la dimension la plus fréquemment signalée et souvent considérée comme le noyau du burn-out (Kilroy et al., 2022; Munn et al., 2025). La

seconde est la dépersonnalisation / Cynisme qui est une attitude de détachement ou de négativité envers le travail, le développement d'attitudes et de comportements cyniques et négatifs à l'égard de son travail (Kilroy et al., 2022; Santos et al., 2020; Stefanovska-Petkovska et al., 2021). Elle implique une distance mentale par rapport à son travail et ses patients. Et la troisième est le manque d'efficacité personnel qui se traduit par un sentiment de faible efficacité et de réduction de l'accomplissement dans son travail.

Aussi, les études sont souvent transversales, ce qui limite la capacité à établir des relations causales et à comprendre les processus dynamiques et les changements au fil du temps. La perception du stress, de la qualité du sommeil, de l'engagement au travail et des préoccupations liées à la pandémie peuvent être des phénomènes ponctuels pouvant varier et dont le pouvoir prédictif pourrait diminuer après quelques semaines. Et pour finir, la dépendance aux auto-déclarations (*self-reports*) peut introduire des biais, comme le biais de désirabilité sociale ou le biais de méthode commune.

(4). Variabilité contextuelle et individuelle

Les expériences de santé psychologique peuvent différer considérablement selon les professions (personnel infirmier vs autres professionnels de la santé), les contextes de travail (soins de longue durée, soins d'urgence, soins ambulatoires) et les pays. Les perceptions et les stratégies d'adaptation peuvent varier entre les individus et même chez un même individu en fonction de la situation actuelle. Par exemple, une forte identification à la profession peut paradoxalement entraîner de la détresse si les valeurs professionnelles sont menacées.

En somme, la complexité de conceptualisation découle de sa nature intrinsèquement subjective, de ses multiples facettes positives et négatives, de l'interaction dynamique de divers

facteurs de risque et de protection ainsi que des défis méthodologiques inhérents à sa mesure et à sa généralisation.

2.4.2. Concordance et contextualisation empirique avec la profession

2.4.2.1. Cas de la santé psychologique

Les recherches indiquent de manière significative que la définition et la conceptualisation de la santé psychologique (englobant la détresse et le bien-être) sont étroitement liées au domaine infirmier et à son environnement professionnel spécifique, pour diverses raisons (Borges et al., 2021; Côté et al., 2022; García-Iglesias et al., 2021; Malagon-Aguilera et al., 2019; Remegio et al., 2021; Riedl et Thomas, 2019; Sinclair et al., 2015; Topa et Aranda-Carmena, 2022) :

- **Reconnaissance de l'environnement de travail infirmier comme un contexte spécifique**

De nombreuses recherches mettent en évidence le fait que le personnel infirmier évolue dans un cadre marqué par des exigences et des ressources spécifiques. La diversité des contextes professionnels dans le domaine infirmier détermine les facteurs de risque auxquels les praticiens sont soumis. Un exemple manifeste réside dans l'affirmation selon laquelle la nature même des sollicitations émotionnelles diffère en soins infirmiers, englobant des situations telles que la souffrance des patients, les comportements agressifs de ces derniers ou les interactions exigeantes avec leurs familles (Riedl et Thomas, 2019).

- **Facteurs de stress et de vulnérabilité spécifiques à la profession infirmière**

Le travail émotionnel constitue un facteur de stress fréquent chez le personnel infirmier. Tout d'abord, la compassion, tout en constituant un élément essentiel de l'identité professionnelle infirmière, peut se transformer en une source de vulnérabilité lorsqu'un stress intense est présent,

engendrant ainsi la fatigue compassionnelle. En second lieu, les conditions et l'organisation du travail caractérisées par des horaires atypiques et imprévisibles, le recours obligatoire aux heures supplémentaires, la surcharge professionnelle, l'insuffisance de reconnaissance, les phénomènes d'intimidation ainsi que le déficit en ressources humaines et matérielles constituent des facteurs prépondérants de stress et d'épuisement spécifiques au domaine infirmier.

En troisième lieu, les conflits de valeurs et d'éthique surgissent avec les restructurations fréquentes du système de santé, ainsi que l'obligation de négliger certains soins en raison du manque de temps, ce qui engendre un décalage par rapport aux normes professionnelles et aux valeurs du personnel infirmier, provoquant une fatigue émotionnelle et une insatisfaction professionnelle. La notion de détresse morale s'inscrit également dans le cadre des soins de santé. Ensuite, les relations interprofessionnelles et la hiérarchie interviennent, dans la mesure où les stéréotypes sexistes ainsi que le déséquilibre persistant des rapports de pouvoir entre personnel infirmier et médecins portent atteinte à la reconnaissance du rôle infirmier et sont susceptibles de provoquer humiliation et détresse. Il convient également de souligner les expériences existentielles, telles que les décès imprévus de patients, qui exercent un impact considérable sur la détresse émotionnelle du personnel infirmier. Enfin, le personnel infirmier débutant se révèle particulièrement vulnérable à la détresse psychologique ainsi qu'au turnover en raison de ces conditions éprouvantes et d'une préparation émotionnelle parfois insuffisante.

- **Facteurs de bien-être et ressources contextualisées**

Le soutien social, qu'il provienne des collègues ou des supérieurs hiérarchiques, est une ressource fondamentale pour le bien-être au travail. De plus, la latitude décisionnelle et l'autonomie sont des éléments importants, car la capacité à contrôler son travail est positivement liée à la santé psychologique. Le concept d'autonomisation psychologique "*Psychological*

Empowerment" est associé à la définition du rôle d'une infirmière. Ensuite, il convient d'aborder la question du leadership, en soulignant l'importance d'un leadership positif, bienveillant et attentif aux besoins de l'équipe pour favoriser le bien-être et l'engagement du personnel infirmier. Par la suite, le personnel infirmier bénéficie de ressources personnelles telles que la résilience, le sens de la cohérence et le capital psychologique, qui revêtent une importance cruciale. Le concept de "vocation" est largement reconnu comme une source de motivation importante spécifique au domaine infirmier. En définitive, l'élaboration d'un plan de développement professionnel et de carrière personnalisé, qui permet de maintenir et d'améliorer ses compétences tout en offrant une trajectoire professionnelle adaptée aux intérêts individuels, joue un rôle crucial dans la satisfaction et l'engagement des individus.

- **Nécessité de définitions et d'outils de mesure spécifiques**

De nombreuses recherches insistent explicitement sur la nécessité d'adapter les définitions ainsi que les instruments de mesure à la profession infirmière. À titre d'exemple, Bernburg et al. (2021) recommandent d'ajuster les échelles afin de mieux appréhender l'expérience du stress, la qualité du sommeil ainsi que l'engagement professionnel du groupe cible, en particulier celui du personnel infirmier exerçant en milieu ambulatoire. De plus, une étude portant sur les événements survenant dans le cadre des soins infirmiers met en évidence que les incidents quotidiens observés dans les unités de soins intensifs néonataux diffèrent considérablement de ceux rencontrés aux urgences, ce qui justifie la nécessité de développer des versions adaptées des outils de mesure des événements spécifiques à chaque domaine d'activité (Sinclair et al., 2015).

En définitive, les recherches attestent que la santé psychologique du personnel infirmier demeure étroitement liée aux particularités inhérentes à leur métier, à leur cadre professionnel ainsi

qu'aux valeurs qui les motivent. Une démarche générique ne permet pas d'appréhender la complexité des enjeux ainsi que des ressources qui conditionnent leur bien-être et leur souffrance.

2.4.2.2. Cas de l'engagement

Tout comme le concept de santé psychologique, la conceptualisation et la définition de l'engagement sont considérées comme hautement contextuelles par les études, en particulier dans le domaine des sciences infirmières. Une définition générale ne suffit pas toujours à saisir la complexité du phénomène dans des professions spécifiques, comme celle d'infirmière. Voici les raisons principales pour lesquelles la définition de l'engagement est contextuelle :

- **Spécificité de la profession infirmière**

En raison de la nature singulière de cette activité, la profession infirmière se caractérise par une dimension profondément relationnelle et repose sur des valeurs spécifiques qui transcendent la simple réalisation de tâches. Le personnel infirmier exerce ses activités dans un cadre défini par des exigences et des ressources spécifiques (Côté et al., 2022; Mauno et al., 2016; Scheepers et al., 2023). De même, grâce à leur approche humaine et holistique, les sciences infirmières se distinguent, contrairement à d'autres professions de santé centrées sur les organes ou les pathologies, par une perspective privilégiant les phénomènes humains, les individus et leur expérience globale de la santé. Il convient de souligner également leurs valeurs professionnelles intrinsèques ; plus précisément, l'engagement infirmier est profondément marqué par des principes tels que l'intégrité, le respect de la personne, l'autonomie professionnelle, la compétence, l'excellence des soins, la collaboration et l'humanité. L'élément intrinsèque de la « vocation » ou du « calling » constitue également une motivation intrinsèque puissante et propre à la profession infirmière, laquelle influence l'engagement en lui conférant une signification profonde.

- **Limites des définitions génériques de l'engagement**

La définition la plus répandue de l'engagement professionnel, avancée par Schaufeli et al. (2002) (vigueur, dévouement, absorption), est fréquemment considérée comme trop générale et centrée sur la « tâche ». Bien qu'elle soit utile pour des tâches techniques et administratives, elle ne saisit pas l'essence psychologique et humaine de la définition originelle proposée par Kahn (1990). En effet, les recherches démontrent que la notion d'« absorption » (c'est-à-dire une concentration totale et une immersion profonde dans le travail au point que le temps semble s'écouler rapidement) ne coïncide pas nécessairement avec la perception de l'engagement chez le personnel infirmier. De même, certains éléments de la « vigueur » (niveaux élevés d'énergie et de résistance mentale) ne sont pas davantage présents dans la conception du personnel infirmier investi (Côté, 2022).

- **Éléments spécifiques à l'engagement infirmier mis en évidence par les études**

Une étude réalisée auprès du personnel infirmier de la relève au Québec a permis de conceptualiser l'engagement selon cinq catégories distinctes, reflétant leur propre point de vue : « s'impliquer au travail », « mettre à jour ses compétences », « s'impliquer dans son équipe de travail », « offrir des soins de qualité » et « s'impliquer dans la profession » (Côté, 2022). Ces ensembles englobent des concepts qui ne figurent pas systématiquement dans les définitions génériques, tels que la collaboration en équipe, l'enrichissement des savoirs professionnels et la fourniture de soins de qualité. La collaboration entre professionnels est également considérée comme indispensable. Le concept de « dévouement » dans le domaine infirmier dépasse la simple sensation d'importance ou de fierté ; il inclut un « esprit d'appartenance » à la profession ainsi que la faculté de « prendre position ».

- **Influence des exigences et ressources professionnelles spécifiques (Modèle JD-R)**

Le modèle des exigences et ressources professionnelles (*Job Demands-Resources* : JD-R en anglais) met en évidence que les sollicitations et les ressources au sein du travail diffèrent selon les contextes et environnements, exerçant ainsi une influence distincte sur le bien-être et l'engagement (Borges et al., 2021; Côté, 2022; Malagon-Aguilera et al., 2019; Marques-Pinto et al., 2018; Mauno et al., 2016; Munn et al., 2025; Panari et al., 2022; Pennbrant et Dåderman, 2021; Pérez-Fuentes et al., 2018; Riedl et Thomas, 2019; Scheepers et al., 2023; Sirola et al., 2024; Topa et Aranda-Carmena, 2022; Ziedelis, 2019). Pour le personnel infirmier, des éléments tels que des conditions de travail favorables (horaires, rémunération, approche humaine), un leadership bienveillant (soutien, écoute, concertation), des conditions d'exercice sécurisées (ressources humaines et matérielles adéquates, respect du champ de pratique, diminution des tâches non cliniques), le développement professionnel (accès à des formations de qualité) ainsi qu'un parcours professionnel individualisé constituent des facteurs déterminants de l'engagement. Le travail émotionnel constitue une source majeure de stress pour le personnel infirmier et des ressources telles que la faisabilité de l'éthique professionnelle (« work ethic feasibility ») ou un leadership transformationnel est susceptible d'influer sur leur engagement face à ces exigences. De plus, la compassion elle-même peut s'avérer préjudiciable à l'engagement lorsque le stress est intense. Des facteurs tels que la sécurité psychologique et l'appui au bien-être sont également considérés comme des ressources majeures favorisant l'engagement.

En somme, la définition de l'engagement revêt un caractère contextuel, puisqu'elle doit être ajustée aux particularités inhérentes à une profession, à ses valeurs, à ses exigences spécifiques ainsi qu'aux ressources accessibles dans son environnement professionnel singulier. La méconnaissance de ces particularités entraîne une appréhension incomplète du concept ainsi que des actions inefficaces.

2.4.3. Relations entre engagement et santé psychologique

La relation entre l'engagement et la santé psychologique se révèle complexe, bidirectionnelle et largement conditionnée par des facteurs contextuels spécifiques à la profession infirmière. Plusieurs raisons permettent d'expliquer cela :

- **L'engagement comme indicateur et promoteur de la santé psychologique positive**

L'engagement professionnel, défini par la vitalité, le dévouement ainsi que l'absorption, constitue un état d'esprit favorable et enrichissant en lien avec l'activité professionnelle. Des niveaux élevés d'engagement se trouvent étroitement corrélés à une amélioration du bien-être mental ainsi qu'à une santé psychologique globale. Par ailleurs, de nombreuses recherches démontrent que l'engagement du personnel infirmier exerce un effet positif notable sur leur bien-être mental (Celebi Cakiroglu et Tuncer Unver, 2024; Côté, 2022; Hult et Terkamo-Moisio, 2023; Paustian-Underdahl et al., 2023; Topa et Aranda-Carmena, 2022). Le personnel infirmier jouissant d'une santé psychologique équilibrée manifeste un engagement accru dans ses activités professionnelles, ce qui suggère une relation symbiotique selon laquelle le bien-être favorise l'investissement professionnel et réciproquement. L'engagement exerce des effets bénéfiques non seulement sur le bien-être du personnel infirmier, mais également sur la qualité des soins prodigués aux patients ainsi que sur sa satisfaction.

- **Le rôle protecteur de l'engagement contre la détresse psychologique et l'épuisement**

L'engagement est considéré comme une protection contre l'épuisement professionnel (burn-out) ainsi qu'un facteur préventif face à la détresse psychologique. Une hausse de l'engagement s'accompagne d'une réduction du syndrome d'épuisement professionnel ainsi que du stress traumatique secondaire. La perception de sécurité conditionne l'engagement, ce qui contribue à prévenir l'apparition du burn-out ainsi que de la détresse psychologique. Les

professionnels manifestant une détresse psychologique affichent des niveaux d'engagement nettement inférieurs.

- **Facteurs modulateurs et antécédents clés de l'engagement et du bien-être**

Tout d'abord, en ce qui concerne les ressources personnelles, il convient de souligner que l'auto-efficacité représente une ressource personnelle significative associée de manière positive à l'engagement et qui agit comme un facteur d'atténuation vis-à-vis des exigences professionnelles et du stress. Le capital psychologique, comprenant des éléments tels que l'auto-efficacité, l'espoir, la résilience et l'optimisme, exerce un impact bénéfique sur le bien-être mental et l'engagement. La perception des événements comme compréhensibles, gérables et significatifs, connue sous le nom de sens de la cohérence (SOC), est liée à une amélioration de l'état de santé et à un niveau plus élevé d'engagement.

Notons aussi que la dédication est étroitement liée au sens de cohérence (SOC). Le concept de vocation dans le domaine infirmier représente une motivation intrinsèque puissante qui peut justifier un fort engagement, même dans des environnements complexes, en renforçant le sens du travail et le bien-être des professionnels. De plus, on observe une corrélation positive entre la résilience et l'engagement au travail. En outre, nous devons également tenir compte des ressources et des facteurs associés à l'environnement de travail et au leadership. Un leadership positif et bienveillant revêt une importance cruciale. Le leadership engageant, caractérisé par son inspiration, son renforcement, sa connexion et sa responsabilisation, a un impact sur le bien-être et l'engagement des individus en altérant leur perception des exigences et des ressources liées au travail, tout en favorisant la motivation intrinsèque. La viabilité de l'éthique professionnelle, définie comme la capacité à respecter des normes éthiques élevées dans le cadre du travail, est une ressource essentielle qui permet de se prémunir contre les conséquences néfastes du travail

émotionnel tout en favorisant directement l'engagement. Le support social provenant des collègues et des supérieurs hiérarchiques est un élément crucial pour favoriser le bien-être et l'engagement des individus. Le personnel infirmier bénéficie d'un bien-être accru lorsque les opportunités de carrière perçues et l'engagement affectif envers leur superviseur sont élevés. Et pour finir, la sécurité psychologique est corrélée à la satisfaction professionnelle et à la performance.

- **Impact des Exigences et des Risques Psychosociaux**

Il importe de souligner que le travail émotionnel représente une source courante de stress chez le personnel infirmier, et que des niveaux élevés peuvent compromettre son engagement, bien que la compassion reste une ressource essentielle. De plus, le stress perçu exerce la fonction de variable médiatrice entre l'auto-efficacité et l'engagement. Les études (Einarsen et al., 2007; Kahn, 1990; Schyns et Schilling, 2013) démontrent également qu'un leadership toxique est corrélé négativement au bien-être mental ainsi qu'à l'engagement, ce dernier pouvant être en partie médiatisé par le bien-être mental. Par ailleurs, les conditions de travail ardues, notamment les horaires décalés, la surcharge professionnelle, le manque de ressources et les situations d'intimidation, représentent des facteurs de risque majeurs pour la détresse ainsi que le désengagement du personnel infirmier. En définitive, la perception d'un état de santé dégradé ou inadéquat, ainsi qu'un faible niveau de vitalité, s'avère être des facteurs prédictifs de détresse psychologique.

- **La conceptualisation contextuelle de l'engagement infirmier**

La littérature met en évidence que l'engagement constitue un concept profondément dépendant du contexte. D'ores et déjà, la définition générique (vigueur, dévouement, absorption)

est considérée comme trop vague et centrée sur la tâche, ne saisissant pas intégralement l'essence psychologique et humaine du métier infirmier. Le personnel infirmier conceptualise l'engagement à travers des dimensions précises telles que « s'investir au sein de son équipe de travail », « actualiser ses compétences », et « fournir des soins de qualité », ainsi que par le « sentiment d'appartenance » à la profession et la « prise de position ». Ces éléments sont indissociablement rattachés aux valeurs essentielles de la profession infirmière, à savoir l'intégrité, le respect de la personne, l'autonomie, l'excellence des soins, la collaboration et l'humanité. Il est évident que la maîtrise de ces particularités constitue un élément fondamental pour élaborer des interventions organisationnelles appropriées et efficaces.

En somme, l'engagement constitue une ressource dynamique et essentielle à la santé psychologique du personnel infirmier, en même temps que la relation entre engagement et santé psychologique est façonnée par des défis ainsi que des supports uniques à son milieu professionnel.

2.4.4. Implications pour la pratique et la gestion du personnel infirmier

La présente étude offre des orientations et des recommandations précises concernant la section traitant des implications pour la pratique et la gestion du personnel infirmier. Il serait important de rappeler que ces implications constituent des applications concrètes des savoirs dérivés de la conceptualisation de ces deux phénomènes complexes. Plus particulièrement dans la mesure où la compréhension de l'engagement et de la santé psychologique facilite leur mise en œuvre effective. Par ailleurs, la conceptualisation offre la possibilité d'aborder la santé psychologique (bien-être et détresse) de façon précise. Il est judicieux également de ne pas oublier que la conceptualisation met en évidence une corrélation positive fréquente entre l'engagement et le bien-être, tandis que l'engagement présente une relation inverse avec l'épuisement professionnel.

ainsi que la détresse. Les conséquences pratiques cherchent à intervenir sur cette interdépendance. En optimisant les conditions de travail, la détresse est atténuée, ce qui contribue en retour à renforcer l'engagement ainsi que la fidélisation. Elle met en lumière l'importance d'adopter une approche holistique, axée sur les ressources et les conditions de travail, pour soutenir l'engagement et la santé psychologique du personnel infirmier, et par conséquent, améliorer sa rétention. En voici les principales implications pour la pratique et la gestion du personnel infirmier :

- **Amélioration des conditions de travail et de l'environnement physique**

Avant tout, il convient de garantir des conditions de travail attrayantes et stables. Cela comprend des horaires flexibles et prévisibles, en s'abstenant de modifications sans préavis ainsi que d'un recours excessif au temps supplémentaire obligatoire (TSO), lesquels portent atteinte à l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée et accroissent l'anxiété ainsi que la fatigue. Il est impératif de prendre en considération les exigences relatives aux congés du personnel infirmier. Il convient ensuite de garantir la disponibilité de ressources humaines et matérielles adéquates. Des rapports entre personnel infirmier-patients réduits sont indispensables afin que le personnel infirmier puisse se sentir compétent et ne soit pas perpétuellement « à la course ». L'insuffisance des ressources entraîne la négligence de soins indispensables, ce qui accroît l'épuisement émotionnel ainsi que l'envie de se retirer de la profession. Par la suite, il convient de diminuer les tâches administratives et non cliniques ; cela permettra au personnel infirmier de se consacrer pleinement à l'exercice intégral de son champ de pratique. Aussi, il convient d'établir un cadre professionnel à la fois sain et dynamique. Sans oublier, il est essentiel de ne tolérer aucune forme d'intimidation en milieu professionnel, tandis que la mise à disposition d'espaces fonctionnels propices à l'interaction et à la collaboration entre équipes contribue à atténuer le stress. Il importe également de veiller à la sécurité psychologique du personnel. La perception de sécurité constitue

une ressource protectrice essentielle influençant l'engagement tout en atténuant l'épuisement professionnel ainsi que la détresse psychologique. Il convient également de maîtriser la gestion des répercussions des technologies. Lors de la mise en œuvre de systèmes tels que les dossiers médicaux électroniques (DME), il convient de prendre en considération l'impact potentiel sur le bien-être ainsi que sur l'engagement du personnel infirmier, bien que ces systèmes puissent contribuer à améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins dispensés.

- **Renforcement du leadership et du soutien managérial**

Il est essentiel d'adopter un leadership positif et bienveillant dans ce contexte. Les responsables se doivent d'afficher un respect et un soutien constants à l'égard de leurs équipes. Un dirigeant bienveillant favorise les transformations constructives, s'appuie sur des principes éthiques, suscite l'espérance et exerce une influence bénéfique au sein de la communauté. De plus, il faut prêter une attention particulière et associer le personnel infirmier aux processus décisionnels. Dans ce sens, il est important de recueillir l'avis du personnel infirmier directement sur le terrain avant d'engager d'importantes modifications, tout en leur offrant la possibilité de contribuer aux décisions relatives à leur pratique professionnelle ainsi qu'au fonctionnement de leur unité. Cela favorise l'autonomie, accroît l'engagement et diminue les intentions de départ. Il est également nécessaire d'accorder une reconnaissance appropriée au personnel, en valorisant les acquis, les compétences ainsi que les qualités personnelles du personnel infirmier. L'absence de reconnaissance affaiblit la fierté et accentue le sentiment d'être remplaçables. Il est tout aussi important de démontrer que la profession infirmière bénéficie d'une reconnaissance équivalente à celle de la profession médicale. Par la suite, il faut investir dans la formation des gestionnaires et de promouvoir des comportements de leadership mobilisateurs, en particulier le leadership transformationnel, lequel joue un rôle protecteur contre le stress tout en encourageant

l'engagement. Des programmes de formation sont susceptibles de contribuer au développement de ces compétences. Enfin, il demeure tout aussi essentiel d'adopter une démarche proactive à l'égard du leadership toxique ; les établissements de santé se doivent d'élaborer des protocoles visant à identifier et à éradiquer les abus de pouvoir ainsi que les comportements délétères au sein du leadership, notamment par le biais de dépistages réguliers, de retours d'information émanant des collaborateurs et de formations adaptées.

- **Développement professionnel et cheminement de carrière**

Il est important d'ores et déjà de promouvoir le développement professionnel continu en proposant des formations pertinentes et motivantes, notamment sous forme de capsules virtuelles. Aussi, il faut donner du temps au personnel infirmier afin qu'il puisse se consacrer à des activités reliées à leurs intérêts et leurs compétences. Ensuite, il est important d'appuyer un parcours individualisé en tenant compte des intérêts et des motivations propres au personnel infirmier de la relève afin d'élaborer des plans de carrière adaptés. Cela confère une signification à leur pratique, accroît leur motivation ainsi que leur engagement, et contribue par conséquent à leur fidélisation. Par la suite, privilégier la compétence ainsi que la formation est capitale. Pour l'attribution des postes, il est important de privilégier la compétence au détriment de l'ancienneté. Enfin, il faut promouvoir les opportunités de carrière et d'informer le personnel infirmier des possibilités d'engagement et de progression au sein de l'organisation afin de renforcer le sentiment d'être reconnu et soutenu. Les opportunités de carrière perçues (PCO) présentent une corrélation positive avec le bien-être et une corrélation négative avec les intentions de départ.

- **Soutien au bien-être et à la santé psychologique**

La mise en œuvre d'approches globales de promotion de la santé au travail constitue une stratégie efficace, intégrant à la fois des mesures comportementales (par exemple : pauses

appropriées, activité physique, alimentation équilibrée) et organisationnelles (telles que : gestion du stress, hygiène du sommeil, renforcement de la résilience, techniques de relaxation). Il convient ensuite de consolider la résilience, notamment par l'intégration de nouveau personnel infirmier à travers des formations spécialisées, l'instauration de programmes de mentorat visant à renforcer les réseaux de soutien social, ainsi que le développement de la pensée critique au moyen de la simulation. La résilience peut également jouer un rôle de médiation quant aux préoccupations suscitées par la pandémie. Par la suite, il est important de veiller à garantir un soutien social et collégial efficace en facilitant les échanges communicatifs (notamment par le biais de plateformes numériques) et en instituant régulièrement des réunions entre personnel infirmier ainsi qu'avec les autres professionnels de santé. Le soutien social constitue un facteur essentiel pour atténuer les répercussions néfastes du stress.

Il importe également d'accorder une importance égale à la considération de l'impact engendré par une charge de travail excessive ainsi que par les dilemmes moraux; en s'efforçant de transformer la conception du travail (job design) plutôt que de se restreindre à des stratégies d'adaptation individuelles. Sans omettre de promouvoir l'auto-efficacité ; il s'agit d'une ressource personnelle majeure qui prédit favorablement l'engagement, bien que son influence s'atténue en situation de stress. Il faudra donc s'attacher à diminuer les niveaux de stress afin d'améliorer l'auto-efficacité ainsi que la participation du personnel infirmier. Un autre aspect essentiel consiste à intégrer la compassion ainsi que la viabilité de l'éthique professionnelle. Ces ressources sont susceptibles de réduire les répercussions défavorables du travail émotionnel sur l'engagement. La satisfaction tirée de la compassion est liée à un niveau d'engagement professionnel accru. Il convient également de favoriser le développement du sentiment de cohérence (SOC). Un niveau élevé de SOC est corrélé à une meilleure santé ainsi qu'à un engagement accru, notamment en ce

qui concerne la dévotion. Les gestionnaires sont en mesure d'intervenir sur l'équilibre entre vie professionnelle et vie familiale, le soutien social ainsi que l'attribution de tâches porteuses de sens afin d'améliorer le SOC du personnel.

- **Culture organisationnelle et reconnaissance du rôle infirmier**

Il est essentiel de promouvoir un environnement où le rôle de l'infirmier et de l'infirmière est valorisé au même titre que les autres professions médicales. En outre, il est crucial de promouvoir une culture organisationnelle positive démontrant l'attention et la solidarité de l'organisation.

2.4.5. Limites et perspectives

2.4.5.1. Limites de la recherche

La présente recherche comporte certaines limitations affectant la robustesse et la généralisabilité des conclusions :

- **Conception transversale des études**

La plupart des études sont de type transversal. Il est essentiel de rappeler que l'étude transversale est une méthodologie de recherche où les données sont recueillies à un instant précis. Ce genre d'analyse offre une vue d'ensemble des variables mesurées et de leurs interrelations à un instant donné. Cela restreint la capacité d'établir des relations causales entre les variables et d'exclure les relations inverses. Par exemple, il n'est pas possible de tirer des conclusions concernant les évolutions du bien-être ou des intentions de départ du personnel infirmier dans le temps.

- **Mesures basées sur l'auto-déclaration (Self-Report)**

L'exclusivité de l'utilisation de questionnaires autoadministrés constitue une limitation significative. Ceci pourrait induire un biais méthodologique commun, où les corrélations identifiées pourraient résulter de la méthode de collecte de données plutôt que des relations réelles entre les concepts, ou un biais de désirabilité sociale, où les participants pourraient être enclins à fournir des réponses socialement acceptables au lieu de leurs croyances authentiques.

- **Taille et représentativité des échantillons**

De nombreuses études souffrent de limitations liées à la taille de l'échantillon, ce qui entraîne une réduction de la puissance statistique des analyses et restreint la capacité de généraliser les résultats. La recherche est fréquemment réalisée dans un unique établissement hospitalier, une seule zone géographique ou un seul pays, ce qui limite la transférabilité et la généralisabilité des conclusions à d'autres environnements de soins ou de populations.

Les échantillons peuvent exhiber des caractéristiques démographiques particulières (par exemple, jeune personnel infirmier, forte proportion de femmes, personnel infirmier travaillant à temps plein) qui ne sont pas représentatives de l'ensemble de la population infirmière.

- **Définition et Mesure des Concepts**

Le recoupement partiel entre les antécédents et les conséquences du burn-out et de l'engagement peut entraîner des problèmes de validité discriminante. Il convient de souligner que la validité discriminante, élément essentiel de la validité de construit, garantit que la mesure d'un concept spécifique est effectivement distincte et ne présente pas de chevauchement avec les mesures d'autres concepts. Il est observé que les antécédents et les conséquences du burn-out et de l'engagement se superposent partiellement en raison de l'interdépendance des ressources et des exigences. En effet, un déficit de ressources peut se transformer en exigence, et ces deux concepts influencent des résultats clés similaires, bien que généralement de manière opposée.

Certaines échelles de mesure conçues pour la population générale pourraient ne pas être entièrement appropriées ou spécifiques au contexte infirmier, ce qui pourrait entraîner une évaluation trop générale des concepts. Par exemple, les "exigences émotionnelles" peuvent concerner une variété de situations distinctes. Certaines dimensions, telles que la dépersonnalisation, peuvent être évaluées à l'aide d'un seul indicateur, ce qui demande une interprétation prudente des résultats.

- **Facteurs contextuels et externes**

La collecte des données, en particulier pendant la pandémie de COVID-19, pourrait avoir affecté les réponses des participants, même si certaines observations restent en accord avec les études antérieures à la pandémie. De plus, les études transversales menées sur de longues périodes n'ont pas toujours pris en considération les effets d'habituation au stress ou l'élaboration de nouvelles stratégies d'adaptation.

2.4.5.2. Perspectives de la présente recherche

Afin de dépasser ces contraintes et d'approfondir la compréhension de l'engagement ainsi que de la santé psychologique du personnel infirmier, nous proposons diverses pistes de recherche :

- **Études longitudinales pour la causalité et la dynamique**

Des études longitudinales comportant plusieurs points de mesure devraient être réalisées afin d'établir des relations causales, de saisir les processus dynamiques (tels que les cycles d'épuisement et d'engagement) ainsi que les effets à long terme des facteurs identifiés.

- **Élargissement et diversification des échantillons**

La reproduction des études sur des échantillons plus étendus et plus variés (provenant de divers hôpitaux, pays, contextes de soins, autres catégories de professionnels de santé, ainsi que

différentes phases de carrière) s'avère indispensable afin d'accroître la généralisabilité des résultats. Par ailleurs, il convient également d'intégrer des questionnaires du personnel infirmier ainsi que d'autres professionnels.

- **Développement et affinement des outils de mesure**

La conception d'outils de mesure adaptés à l'engagement infirmier, fondés sur la définition établie par le personnel infirmier eux-mêmes, est indispensable afin d'améliorer la précision conceptuelle. Par ailleurs, il convient de définir avec précision la mesure de certaines dimensions, telle que les exigences émotionnelles, en distinguant clairement entre « challenge » et « hindrance ». « Challenge » et « hindrance » font référence au cadre conceptuel des exigences liées aux défis (challenge demands) ainsi qu'aux entraves (hindrance demands). Les exigences liées aux défis constituent des facteurs de stress susceptibles de promouvoir le développement personnel ainsi que l'accomplissement de soi. Les exigences d'entrave, désignées également sous l'appellation de « hindrance demands » en anglais, constituent des facteurs de stress qui restreignent le développement personnel et font obstacle à l'atteinte des objectifs. Les exigences d'entrave sont généralement perçues comme dissuasives et exercent une influence préjudiciable sur la motivation ainsi que sur la satisfaction. Par ailleurs, il est important de concevoir des échelles de mesure adaptées spécifiquement au personnel infirmier exerçant en milieu professionnel, plutôt que d'utiliser des outils génériques.

- **Approches méthodologiques mixtes**

L'adoption de méthodes mixtes, associant des approches qualitatives (entretiens, groupes de discussion) et quantitatives, favorisera l'acquisition d'une compréhension plus globale et approfondie des phénomènes.

- **Investigation de variables et de mécanismes spécifiques**

Examiner d'autres paramètres de bien-être psychologique tels que la dépression, le bien-être global, la santé physique et la qualité du sommeil, en plus de l'engagement et du burn-out est crucial. De plus, il est important d'analyser l'influence des variations individuelles, telles que la résilience, la sensibilité aux événements ou l'orientation régulatrice (prévention vs promotion), sur les processus de burn-out et d'engagement. Approfondir également la compréhension des différents facteurs de stress spécifiques tels que les stress liés au travail, les conflits avec les médecins, la détresse morale et l'impact des services de santé numériques (EMR) est indispensable. Il faudra également noter l'importance d'analyser les mécanismes sociaux qui contribuent au développement de l'engagement au travail et des risques de démission, notamment en ce qui concerne le soutien des collègues et des supérieurs hiérarchiques. Aussi, explorer les divers aspects de l'engagement, tels que l'engagement affectif, normatif et de continuité est à prendre en considération. Notons enfin qu'examiner l'impact de la fatigue à divers stades de la carrière infirmière est déterminé par les stratégies que le personnel infirmier peut mettre en place pour se détacher efficacement du travail afin de prévenir l'épuisement professionnel est une stratégie gagnante à implémenter.

- **Recherche interventionnelle et implications pratiques**

Il conviendrait de concevoir et d'évaluer des études d'intervention en milieu professionnel afin de tester l'efficacité de stratégies organisationnelles (par exemple : promotion d'un leadership positif, réduction des exigences professionnelles, adaptation du poste de travail, optimisation du

sens de la cohérence – SOC) sur l'engagement ainsi que sur la santé psychologique du personnel infirmier. La traduction des perceptions du personnel infirmier en actions concrètes destinées aux gestionnaires et aux organisations semble tout aussi non négligeable.

En définitive, les investigations futures portant sur la conceptualisation de l'engagement ainsi que sur la santé psychologique du personnel infirmier gagneraient à privilégier des méthodologies plus rigoureuses (longitudinales, mixtes), des échantillons davantage représentatifs, ainsi qu'un affinage des instruments de mesure afin de mieux saisir la complexité singulière inhérente à la profession infirmière.

2.5. Conclusion du chapitre

Ce chapitre avait pour objectif de clarifier les conceptualisations de l'engagement et de la santé psychologique dans la littérature infirmière, à travers une revue de portée rigoureuse suivant le protocole PRISMA-ScR. Nous sommes maintenant en mesure de formuler des réponses explicites aux trois questions de recherche posées en introduction.

En réponse à QR1 — Comment les concepts d'engagement et de santé psychologique sont-ils conceptualisés dans la littérature infirmière ? — l'analyse des 42 études retenues révèle une hétérogénéité conceptuelle importante : l'engagement est polysémique, mobilisant des définitions organisationnelles, professionnelles et comportementales sans consensus terminologique global ; la santé psychologique est quant à elle souvent réduite à la seule dimension de détresse, les approches bidimensionnelles demeurant rares.

En réponse à QR2 — Ces conceptualisations reflètent-elles fidèlement la réalité empirique des professionnels ? — les résultats indiquent que la fragmentation conceptuelle limite la

comparabilité des études et rend difficile l'évaluation rigoureuse de la relation entre engagement et santé psychologique dans un contexte infirmier spécifique.

En réponse à QR3 — Quelles relations peuvent être établies entre l'engagement et la santé psychologique ? — un lien positif récurrent est observé dans la quasi-totalité des études, malgré l'hétérogénéité des instruments. Ce lien constitue le point d'ancrage empirique du modèle développé au chapitre 3.

Sur la base de ces constats, les choix opérationnels suivants sont retenus pour l'étude empirique : le modèle bidimensionnel de Gilbert et al. (2011) pour la santé psychologique, opérationnalisé par les échelles de bien-être et de détresse psychologique au travail ; l'intention de quitter de Paillé (2006) comme indicateur mesurable du désengagement professionnel ; l'ALQ de Walumbwa et al. (2008) pour le leadership authentique; et une échelle de leadership tyrannique fondée sur la conceptualisation d'Ashforth (1994) et adaptée au contexte infirmier québécois, dont la validité est documentée par Pelletier (2010) et Brunet et al. (2015). Ces choix sont cohérents avec les positionnements opérationnels établis aux sections 2.1.1.2 et 2.1.2.2. Le chapitre 3 présente l'étude empirique qui met ces construits à l'épreuve dans un devis longitudinal à deux temps de mesure, auprès d'un échantillon de 907 membres du personnel infirmier québécois.

Chapitre 3 – L’impact de l’engagement sur la santé psychologique du personnel infirmier : une étude empirique

3.1. Introduction

Ce chapitre se consacre à l’étude empirique menée afin d’analyser l’impact de l’engagement sur la santé psychologique du personnel infirmier, à partir des données recueillies et des choix méthodologiques retenus.

3.1.1. Contexte général : l’urgence de comprendre la santé psychologique en soins infirmiers

Le rôle de l’infirmière et de l’infirmier est essentiel au bon fonctionnement des systèmes de santé actuels. Toutefois, une crise silencieuse affecte l’organisation depuis plusieurs années, se caractérisant par une détérioration inquiétante de la santé psychologique des employés. Les infirmières et infirmiers font face régulièrement à divers facteurs de stress tels que la charge de travail élevée, les horaires irréguliers, le manque de personnel, le manque de reconnaissance, la complexité croissante des soins et l’exposition répétée à la souffrance humaine. Ces éléments contribuent à la détresse psychologique et à la fatigue professionnelle (Bakhamis et al., 2019; Côté et al., 2022).

Au Québec, ces problématiques ont été exacerbées par les différentes réformes du système de santé ainsi que par la crise de la COVID-19, qui a entraîné une augmentation significative du stress émotionnel et du sentiment d’impuissance parmi les professionnels de la santé. Une recherche menée par l’Institut national de santé publique du Québec (INSPQ, 2021) révèle que

près de la moitié (48,1 %) des professionnels de la santé infectés par la COVID-19 souffraient d'une détresse psychologique élevée ou très élevée, mettant en lumière l'importance des risques psychosociaux dans ce domaine. Au niveau national, les données de Statistique Canada (2022b) indiquent qu'environ un quart des infirmières (24,4 %) ont exprimé leur intention de quitter leur emploi ou de le changer dans les trois prochaines années. En outre, d'après la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers (Canadian Federation of Nurses Unions, 2024), 40% des infirmières envisagent de quitter leur métier, de changer d'emploi ou de prendre leur retraite au cours de l'année à venir. Ces observations mettent en évidence une crise de rétention et une fragilisation du bien-être psychologique au sein de la profession.

De manière classique, dans le domaine de la psychologie du travail, la santé psychologique est définie comme un état global englobant à la fois des aspects positifs tels que le bien-être, la vitalité et la satisfaction, ainsi que des aspects négatifs comme la détresse, le stress et l'épuisement (Gilbert et al., 2011; Massé et al., 1998b). Au sein du domaine infirmier, cette dualité se présente de façon très prononcée : les professionnels de la santé éprouvent à la fois un sentiment profond de signification et de contribution, mais aussi des niveaux élevés de fatigue, d'anxiété et de charge émotionnelle. Cette dualité met en lumière le conflit entre l'objectif de fournir des soins et les limitations imposées par les institutions, mettant en évidence l'importance d'une approche holistique de la santé psychologique qui tient compte de ces deux aspects complémentaires.

Les études récentes soulignent également le rôle crucial de l'engagement professionnel en tant que déterminant majeur de la santé psychologique. Dans la littérature, il est largement admis que l'engagement au travail est un facteur bénéfique qui contribue à la satisfaction et à la performance des individus, alors qu'une détérioration de leur santé psychologique est fréquemment liée à une augmentation de leur intention de quitter leur emploi (Hart et Warren,

2015; Schaufeli et Bakker, 2010). Toutefois, des recherches indiquent que cette relation pourrait être bidirectionnelle : des comportements de retrait, comme l'intention de quitter l'organisation, pourraient précéder et renforcer la détresse psychologique (Fantoni Quinton et al., 2021; Robert et Vandenberghe, 2024).

Afin de cerner la santé psychologique des infirmières et des infirmiers, il est nécessaire non seulement de documenter ses différentes dimensions telles que le bien-être et la détresse, mais aussi d'analyser les processus comportementaux et motivationnels qui pourraient mettre en péril sa stabilité. L'intention de quitter, considérée comme un signe précoce de désengagement, représente un indicateur essentiel de l'évolution de la détérioration psychologique au sein du personnel infirmier. Cette perspective incite à réévaluer le modèle explicatif prédominant en renversant la relation généralement acceptée entre la santé psychologique et l'intention de quitter. Cette étude vise à examiner empiriquement l'impact de l'intention de quitter sur la santé psychologique des infirmiers, en prenant en considération l'effet modérateur du leadership dans les environnements de soins.

3.1.2. Renversement du modèle classique : pourquoi faire de l'intention de quitter une variable indépendante ?

3.1.2.1 Logique dominante dans la littérature

Dans les écrits académiques, la santé psychologique est généralement considérée comme un élément précurseur de l'intention de quitter. Les théories traditionnelles du stress au travail et du bien-être organisationnel soutiennent que des conditions psychologiques négatives, telles que la détresse, l'épuisement professionnel, le stress chronique ou une diminution du bien-être, sont

associées à une augmentation des intentions de quitter l'organisation (Maslach et Leiter, 1997; Panaccio et Vandenberghe, 2009; Schaufeli et Bakker, 2010).

Par conséquent, dans la plupart des études, l'intention de quitter est traitée comme une variable dépendante, ce qui signifie qu'elle découle des conditions de travail et de la santé psychologique. Cette approche s'inscrit dans la continuité des cadres conceptuels du burnout (Maslach et Leiter, 1997) et du modèle Job Demands–Resources (JD-R), qui postulent que des facteurs tels que la charge de travail excessive, le manque de reconnaissance ou de soutien social peuvent entraîner une détérioration du bien-être. Cette détérioration se manifeste ensuite par une diminution de l'engagement professionnel et une propension accrue à quitter l'organisation (Bakker et Demerouti, 2017).

En somme, la vision prédominante considère la santé psychologique comme un facteur prédictif de l'intention de quitter : un déséquilibre entre les demandes professionnelles et les ressources disponibles entraîne la fatigue émotionnelle, le désengagement et finalement le désir de quitter le lieu de travail.

3.1.2.1.1 Limites de cette approche

Malgré la validation répandue par la recherche de la conception prédominante selon laquelle la santé psychologique précède l'intention de quitter, cette approche comporte diverses limites conceptuelles, méthodologiques et contextuelles. Ces limites soulignent l'importance de reconsidérer la signification de la relation entre le désengagement et le bien-être psychologique, notamment dans le domaine des soins infirmiers.

3.1.2.1.2 Une vision unidirectionnelle et simpliste

Les modèles traditionnels supposent une relation linéaire allant de la dégradation de la santé psychologique à l'intention de quitter l'organisation. Cependant, cette approche ne prend pas

en compte la possibilité d'une interaction mutuelle entre les deux concepts. Des recherches récentes en psychologie du travail mettent en avant que le désengagement cognitif et affectif, incluant l'intention de quitter l'organisation, peut précéder et intensifier la détresse psychologique (Bakker et Demerouti, 2017; Schaufeli, 2017). L'envie de partir peut donc influencer le sens du travail, la motivation et le bien-être, mettant en lumière une dynamique circulaire plutôt qu'une relation de cause à effet unidirectionnelle.

3.1.2.1.3 Un déficit de sensibilité diagnostique

L'évaluation précoce de la santé psychologique, en tant que concept global et multidimensionnel, présente des défis. Les signes de bien-être ou de détresse sont souvent détectés à un stade avancé, une fois que la souffrance est déjà présente. En revanche, le désir de partir se montre plus précocement et peut être évalué aisément par auto-déclaration, ce qui en fait un indicateur précoce de désengagement et de vulnérabilité psychologique (Paillé, 2010; Tett et Meyer, 1993). Cette distinction temporelle et méthodologique donne à l'intention de quitter une valeur prédictive potentiellement sous-utilisée.

3.1.2.1.4 Des manques particuliers dans le domaine infirmier

Dans le domaine des soins infirmiers, diverses études qualitatives indiquent que la simple perspective d'un départ entraîne une augmentation de l'épuisement moral et émotionnel. Cette anticipation de rupture, souvent causée par la surcharge de travail, le manque de reconnaissance ou la fatigue compassionnelle, joue un rôle important dans l'aggravation de la détresse psychologique (Fantoni Quinton et al., 2021; Van Bogaert et al., 2017). Ces résultats indiquent que l'intention de quitter ne découle pas uniquement du mal-être, mais peut également constituer un facteur susceptible de contribuer à la détérioration de la santé psychologique.

Dans l'ensemble, l'approche classique a tendance à minimiser la complexité temporelle et la nature bidirectionnelle de la relation entre le désengagement et la santé psychologique. Réévaluer cette dynamique offrirait la possibilité d'analyser l'intention de quitter non pas comme un aboutissement, mais comme un signe précoce d'un processus de détérioration du bien-être au travail.

3.1.2.2 Justification du modèle prédictif inversé

La conception prédominante selon laquelle la santé psychologique est un indicateur de l'intention de quitter l'emploi devrait être réévaluée à la lumière des avancées récentes en psychologie du travail. Nous soutenons l'hypothèse selon laquelle l'intention de quitter ne découle pas exclusivement d'une altération préalable du bien-être, mais peut également jouer un rôle actif dans la détérioration de la santé psychologique. Ce renversement de perspective est étayé par trois arguments principaux : l'explication fournie par le modèle des Demandes-Ressources au Travail (JD-R), l'aspect motivationnel du phénomène de désengagement, ainsi que les preuves empiriques concordantes.

3.1.2.2.1 Fondement théorique dans le cadre du modèle Job Demands–Resources (JD-R).

D'après la théorie du JD-R (Bakker et Demerouti, 2017; Schaufeli, 2017), un déséquilibre entre les demandes professionnelles (charge de travail, pression temporelle, complexité émotionnelle) et les ressources disponibles (autonomie, soutien social, reconnaissance) conduit à un processus d'épuisement et de désengagement. Quand les ressources disponibles ne parviennent plus à répondre aux exigences, les individus peuvent commencer à se désengager cognitivement et émotionnellement de leur travail.

Dans ce contexte, l'intention de quitter peut être interprétée comme une expression comportementale et cognitive de ce désengagement, indiquant un affaiblissement du lien psychologique entre le salarié et l'entreprise. Ce processus de retrait a un impact non négligeable sur le plan émotionnel, en diminuant les ressources psychologiques internes telles que l'énergie, le sens et le sentiment d'efficacité, ce qui peut conduire à l'émergence de symptômes de détresse tels que l'épuisement, l'irritabilité et la perte de motivation. Par conséquent, au lieu d'être simplement le résultat d'un malaise antérieur, l'intention de quitter peut contribuer à la détérioration du bien-être psychologique.

3.1.2.2.2 La composante motivationnelle du phénomène de désengagement

Selon la perspective de la psychologie motivationnelle, l'intention de quitter se présente comme une rupture affective et cognitive par rapport à l'organisation (Deci et Ryan, 2000; Paillé, 2010). En mettant fin à l'identification à son rôle professionnel, l'individu se retrouve dans un état de dissonance psychologique où ses valeurs, ses efforts et son environnement de travail ne sont plus en harmonie. Cette incohérence engendre un conflit intérieur qui peut compromettre le bien-être et augmenter la détresse psychologique (Meyer et Allen, 1991).

Au sein du corps infirmier, cette dynamique est particulièrement prononcée en raison du caractère vocationnel, compassionnel et moral du travail : envisager un départ peut être perçu comme une forme de culpabilité ou d'échec personnel, exacerbant la souffrance émotionnelle. L'intention de quitter agit comme une rupture de sens perturbant l'équilibre psychologique du professionnel de santé.

3.1.2.2.3 Preuves empiriques indirectes

Diverses recherches corroborent cette hypothèse de renversement directionnel, en mettant en évidence que le désengagement au travail, compris comme un processus cognitif et motivationnel de retrait, précède fréquemment la dégradation du bien-être et de la santé psychologique. À titre d'exemple, Robert et Vandenberghe (2024) ont démontré que la diminution de l'engagement affectif est corrélée à une réduction ultérieure du bien-être psychologique et à une augmentation de la détresse perçue. De plus, selon Vandenberghe et al. (2015), il a été constaté que les intentions de quitter étaient associées à des symptômes de stress, d'isolement et de dépression.

Ces résultats suggèrent l'existence possible d'un processus dynamique dans lequel le désengagement peut contribuer à la détérioration de la santé psychologique, tandis que certains états psychologiques fragilisés peuvent, en retour, favoriser des attitudes de retrait professionnel. Cette dynamique doit toutefois être vérifiée empiriquement. Dans ce contexte, il convient d'envisager l'intention de quitter comme une variable indépendante afin d'étudier le rôle du désengagement dans la détérioration de la santé psychologique au travail, tout en examinant également la possibilité d'effets inverses.

Dans l'ensemble, considérer l'intention de quitter comme un prédicteur potentiel, plutôt que comme une simple résultante, permet d'intégrer la nature dynamique des processus psychosociaux en milieu professionnel. Cette perspective permet d'approfondir la compréhension des processus de détérioration de la santé psychologique dans les métiers à forte charge émotionnelle, comme celui des soins infirmiers, et justifie les analyses longitudinales réalisées dans cette étude.

3.1.3. Définition des variables et cadre conceptuel

Cette section a pour objectif de définir de manière précise les concepts clés de cette recherche et de présenter le cadre conceptuel global qui la sous-tend. Elle s'inscrit dans la lignée des avancées antérieures en cherchant à rendre opérationnels les concepts retenus et à clarifier leurs relations fonctionnelles au sein du modèle proposé.

Le but de cette étude est de préciser les variables essentielles, à savoir l'intention de quitter (X), la santé psychologique (Y) et les styles de leadership (M), en les inscrivant dans les principaux cadres théoriques de la psychologie du travail tels que le modèle des Demandes-Ressources au Travail (JD-R) (Bakker et Demerouti, 2017) et la théorie de l'engagement organisationnel (Meyer et Allen, 1991).

Dans le cadre du modèle conceptuel retenu, l'intention de quitter est considérée comme une variable indépendante reflétant un détachement cognitif et émotionnel susceptible d'influencer la santé psychologique du personnel infirmier. La santé psychologique constitue la variable dépendante, mesurée selon une approche bidimensionnelle distinguant le bien-être psychologique et la détresse psychologique (Gilbert et al., 2011; Massé et al., 1998b). En somme, le modèle intègre deux styles de leadership contrastés, à savoir le leadership authentique et le leadership tyrannique, en tant que variables modératrices. Ces styles sont susceptibles d'atténuer ou d'amplifier les effets du désengagement sur la santé psychologique, comme mentionné par Ashforth (1994) et Walumbwa et al. (2008).

L'association de ces trois ensembles de variables permet de développer un modèle dynamique dans lequel le désengagement intentionnel est considéré comme un prédicteur de la santé psychologique, dont l'effet est modulé par le climat relationnel façonné par le style de

leadership. Les prochaines sections exposent de manière successive la définition conceptuelle et opérationnelle de chacune de ces variables, ainsi que leurs fondements théoriques.

3.1.3.1 Intention de quitter (X)

L'intention de quitter, également connue sous le nom de *turnover intention (TI)* en anglais, joue un rôle essentiel dans l'étude des comportements organisationnels associés au désengagement professionnel. La démission est définie comme l'intention délibérée, réfléchie et anticipée d'un employé de se séparer de son organisation ou de sa profession, qu'elle se concrétise ou non par un départ effectif (Mobley et al., 1979; Tett et Meyer, 1993).

Contrairement au départ réel qui se réfère aux départs effectifs au sein de l'organisation, l'intention de quitter renvoie à un état psychologique cognitif et affectif signalant une propension à l'action. Elle est largement reconnue en littérature comme le principal prédicteur comportemental du départ effectif, tout en étant également un indicateur significatif du désengagement psychologique (Griffeth et al., 2000).

Dans le domaine des soins infirmiers, cette variable est d'une importance particulière en raison de la persistance de la pénurie de personnel et des défis de rétention rencontrés dans les établissements de santé (Cummings et al., 2018). Les études ont révélé un processus progressif dans le développement de l'intention de quitter : les infirmières peuvent d'abord envisager de quitter leur service, puis leur lieu de travail, avant de considérer une retraite anticipée de la profession (Arslan Yurumezoglu et Kocaman, 2016). Ce processus évolutif met en lumière une forme de retrait graduel, durant lequel la considération du départ - même en l'absence de mise en œuvre immédiate - indique déjà un affaiblissement du lien émotionnel et identitaire avec l'emploi.

D'un point de vue théorique, la volonté de partir peut être analysée à travers le prisme du modèle du stress professionnel (Hart et Warren, 2015) en tant que mécanisme d'adaptation

cognitive en réponse à une charge perçue excessive ou à un déséquilibre entre attentes et ressources. En envisageant de partir, l'individu cherche symboliquement à regagner le contrôle dans une situation qu'il perçoit insupportable.

En outre, d'après le cadre théorique des Demandes-Ressources au Travail (JD-R) (Bakker et Demerouti, 2017; Schaufeli, 2017), le désir de quitter son emploi se déclare lorsque les ressources telles que le soutien social, la reconnaissance et l'autonomie ne parviennent plus à contrebalancer les exigences du travail telles que la charge émotionnelle, la pression temporelle et la complexité des tâches. Elle se manifeste ainsi en tant que symptôme comportemental de la perturbation, reflétant à la fois la fatigue et le désintérêt.

La corrélation entre l'intention de quitter et l'engagement organisationnel a été amplement étudiée. D'après la théorie des trois composantes de l'engagement (Meyer et Allen, 1991), l'intention de quitter se trouve à l'extrémité opposée du spectre de l'engagement affectif : à mesure que le lien émotionnel avec l'organisation diminue, la propension à envisager de quitter l'organisation augmente. Ce retrait peut entraîner une dissonance cognitive et un sentiment d'incertitude qui, à long terme, peut nuire à la santé psychologique (Paillé, 2010; Vandenberghe et al., 2017). Par conséquent, le désir de partir ne représente pas uniquement l'anticipation d'une cessation d'emploi, mais aussi une expérience psychologique défavorable caractérisée par la perte de motivation, la frustration et la diminution du bien-être professionnel.

Du point de vue opérationnel, cette étude utilise l'échelle de Mobley et al. (1979), qui a été adaptée en français et validée par Paillé (2006). Cet outil, fréquemment employé en littérature, évalue la propension d'un individu à envisager de quitter son emploi dans le cadre d'éléments reflétant la fréquence et l'intensité de cette intention, tels que "Je pense souvent à quitter mon emploi" ou "Je recherche activement un autre poste". Cet outil permet de mesurer de façon fiable

le niveau de désengagement cognitif et émotionnel qui précède un départ effectif, tout en étant sensible aux différences entre individus.

En somme, au sein du cadre conceptuel présenté, l'intention de quitter est considérée comme une variable indépendante reflétant un désengagement psychologique précoce qui pourrait avoir un impact sur la santé psychologique. Elle joue un rôle central dans le processus dynamique examiné, servant à la fois de signal comportemental de changement et un prédicteur potentiel de la détérioration de la santé psychologique au travail.

3.1.3.2 Santé psychologique

La santé psychologique est un concept essentiel pour appréhender le bon fonctionnement de l'individu dans le contexte professionnel. Il s'agit d'un état d'équilibre cognitif, émotionnel et social qui permet à l'individu de conserver son efficacité, son engagement et son bien-être dans ses activités professionnelles et personnelles (Gilbert et al., 2011; Massé et al., 1998b).

Contrairement à la santé mentale qui englobe les troubles psychiatriques identifiés, la santé psychologique se concentre davantage sur les dimensions subjectives et durables de l'expérience individuelle, en tenant compte de la potentialité de coexistence entre des états positifs tels que le bien-être, la satisfaction et la vitalité, et des états négatifs tels que le stress, la détresse et l'épuisement.

Dans la littérature, de nombreux auteurs recommandent une perspective bidimensionnelle de la santé psychologique, basée sur la présence simultanée du bien-être et de la détresse psychologique. Cette théorie, qui a été élaborée à l'origine par Massé et al. en 1998a, puis adaptée au contexte organisationnel par Gilbert et al. (2011), ne perçoit pas ces deux aspects comme des opposés sur un même spectre, mais plutôt comme des composantes complémentaires et relativement autonomes. Par conséquent, il est possible pour un individu de ressentir à la fois un

sentiment d'accomplissement professionnel et diverses formes de tension émotionnelle, illustrant ainsi la complexité de l'expérience professionnelle.

Le bien-être psychologique représente l'aspect positif de la santé psychologique. S'inspirant à la fois des approches hédoniques, axées sur la satisfaction et le plaisir, et des approches eudémoniques, basées sur le sens et l'accomplissement personnel, ce concept intègre divers indicateurs tels que la vitalité, la sérénité, la reconnaissance sociale et le sentiment d'efficacité personnelle (Dagenais-Desmarais et Savoie, 2012; Ryan et Deci, 2001). En milieu infirmier, le bien-être psychologique se traduit par la perception d'être socialement utile, la reconnaissance du rôle professionnel et la compétence à gérer l'équilibre entre la sphère personnelle et la sphère professionnelle.

En revanche, la détresse psychologique représente l'aspect négatif de la santé psychologique. Il s'agit d'un état de détresse mentale non spécifique, qui se manifeste par des symptômes tels que l'anxiété, l'irritabilité, la fatigue émotionnelle, le retrait social ou la dépression (Beckers, 2010; Massé et al., 1998b). Au sein de l'environnement professionnel, la détresse est fréquemment attribuée à une perception de déséquilibre entre les demandes du travail et les ressources disponibles, ce qui s'inscrit dans le cadre conceptuel du modèle Job Demands–Resources (JD-R) (Bakker et Demerouti, 2017). Au sein du corps infirmier, la charge mentale est souvent liée à des facteurs tels que la surcharge émotionnelle, le manque de reconnaissance, ainsi que la pression continue liée à la qualité des soins et à la prévention des erreurs (Bakhamis et al., 2019).

Ce double aspect - le bien-être et la détresse - revêt une importance particulière dans le domaine infirmier, où se côtoient des éléments gratifiants tels que l'utilité sociale, la solidarité et la fierté professionnelle, ainsi que des facteurs de stress tels que la charge émotionnelle, le manque

de soutien et la fatigue. Une approche simpliste, qui limite la santé psychologique à l'absence de symptômes, serait insuffisante pour appréhender la complexité inhérente à la pratique des soins.

Dans cette étude, la santé psychologique est évaluée en utilisant l'Échelle de mesure du bien-être psychologique (ÉMMBEP) élaborée par Massé et al. (1998a), et adaptée au milieu professionnel par Gilbert et al. (2011). Cet outil permet d'évaluer les deux dimensions simultanément :

- Le bien-être psychologique au travail englobe divers indicateurs tels que la sérénité, la vitalité, la reconnaissance sociale et la satisfaction interpersonnelle.
- La détresse psychologique englobe diverses manifestations telles que l'anxiété, l'épuisement, la tension émotionnelle et le retrait social.

Cette approche bidimensionnelle offre une perspective plus approfondie et holistique de la santé psychologique, permettant ainsi d'appréhender à la fois les ressources et les vulnérabilités du personnel infirmier. Dans le cadre du modèle suggéré, la santé psychologique est considérée comme la variable dépendante qui est conceptualisée sur la base d'un continuum en évolution, sous l'influence de l'intention de quitter (X) et soumise à la modulation des styles de leadership (M). L'analyse de ces interactions a pour objectif de mieux comprendre les mécanismes par lesquels les éléments organisationnels influent sur la préservation ou la détérioration du bien-être dans un environnement de soins.

3.1.3.3 Leadership (modérateurs)

En plus de la corrélation directe postulée entre l'intention de quitter (X) et la santé psychologique (Y), il est crucial d'analyser les facteurs contextuels susceptibles d'en moduler l'intensité. Au sein du domaine de la psychologie du travail et des sciences de la gestion, le type de leadership pratiqué par le supérieur hiérarchique est considéré comme l'un des principaux

facteurs influençant le climat psychosocial, la motivation et le bien-être des employés (Cummings et al., 2018; Skakon et al., 2010).

Le leadership a un impact sur la perception des ressources disponibles et sur la capacité d'adaptation des employés aux exigences du travail, le positionnant ainsi à titre de variable essentielle du modèle des Demandes et des Ressources au Travail (JD-R) (Bakker et Demerouti, 2017). Dans ce modèle actuel, deux types de leadership contrastés sont examinés : le leadership authentique, souvent lié à des impacts positifs sur le bien-être psychologique, et le leadership tyrannique, associé à des effets néfastes. Ces deux styles sont inclus dans le modèle en tant que variables modératrices de la relation entre l'intention de quitter et la santé psychologique.

3.1.3.3.1 Le leadership authentique

Le leadership authentique repose sur des principes fondamentaux tels que la transparence, l'éthique, la confiance et la conscience de soi (Walumbwa et al., 2008). Les leaders authentiques admettent leurs erreurs, encouragent la participation de leurs collaborateurs et agissent en conformité avec leurs valeurs personnelles et professionnelles.

D'un point de vue théorique, ce style de leadership est associé à l'amélioration de la satisfaction au travail, de la motivation intrinsèque et de l'engagement affectif, tout en réduisant le stress perçu et l'intention de quitter (Alilyyani et al., 2018; Avolio et al., 2004).

Dans le domaine infirmier, de nombreuses études ont validé l'effet protecteur du leadership authentique sur le bien-être. Les infirmières qui opèrent sous la direction d'un leader authentique bénéficient d'une plus grande reconnaissance, de soutien émotionnel et de confiance organisationnelle, ce qui contribue à atténuer les effets négatifs du désengagement sur leur santé psychologique (Spence Laschinger et Fida, 2014).

Par conséquent, un leadership authentique peut servir d'élément d'atténuation dans la relation entre l'intention de quitter et la santé psychologique, en favorisant la résilience des professionnels de la santé et en ralentissant le cheminement vers la détresse.

Selon le modèle proposé, il est prévu que le leadership authentique exerce une influence positive sur les effets de l'intention de quitter.

Il diminue l'effet négatif de l'intention de quitter sur le bien-être psychologique (interaction $X \times M_{\text{auth}} > 0$)³ ;

Il atténue l'impact négatif de l'intention de quitter sur la détresse psychologique (interaction $X \times M_{\text{auth}} < 0$).

3.1.3.3.2 Le leadership tyrannique

En revanche, le leadership tyrannique, également appelé "petty tyranny", se définit par un abus de pouvoir, une dépréciation des subordonnés et un contrôle autoritaire des tâches (Ashforth, 1994). Les leaders tyranniques ont tendance à s'approprier les succès des autres, à formuler des critiques infondées, à imposer des sanctions arbitraires et à créer un climat de peur.

Des recherches ont démontré que ce style de leadership est corrélé à une augmentation du niveau de stress perçu, une diminution du bien-être, et une nette augmentation de l'intention de quitter (Brunet et al., 2015; Schyns et Schilling, 2013). Au sein du domaine infirmier, un style de

³ Lorsque l'on écrit $X \times M$, cela signifie que l'on examine si l'effet de la variable indépendante (X = intention de quitter) sur la variable dépendante (Y = santé psychologique) est conditionné par le niveau d'une troisième variable (ici M = leadership authentique).

- $X \times M_{\text{auth}} > 0$ indique que l'interaction est de nature positive. Cela signifie que plus le leadership authentique est prononcé, plus il atténue l'impact négatif de l'intention de quitter sur le bien-être.
 - À titre d'exemple, en l'absence d'un leadership véritablement authentique, l'intention de démissionner entraîne une diminution significative du bien-être.
 - En présence d'un dirigeant authentique, cette réduction s'avère moins prononcée, voire atténuée.
- $X \times M_{\text{auth}} < 0$ (lorsqu'il est évalué en relation avec la détresse) indique que plus le leadership authentique est prononcé, plus il tend à inverser la tendance négative. Concrètement, cela signifie que l'impact de l'intention de quitter sur la détresse s'atténue considérablement, voire s'annule, lorsque le leadership authentique est élevé.

leadership tyrannique aggrave la fatigue émotionnelle, encourage l'isolement social et renforce un sentiment d'impuissance (Cummings et al., 2018). Lorsque le désir de partir est déjà présent, un tel environnement relationnel a pour effet d'accentuer la détresse psychologique.

Par conséquent, un style de leadership tyrannique est susceptible d'aggraver les effets du désengagement :

- Il amplifie l'impact négatif de l'intention de quitter sur le bien-être psychologique (*interaction $X \times M_{tyr} < 0$*) ;
- Il renforce l'impact de l'intention de quitter sur la détresse psychologique (*interaction $X \times M_{tyr} > 0$*).

3.1.3.3.3 Intégration conceptuelle

L'incorporation simultanée de ces deux styles de leadership en tant que variables modératrices antagonistes offre la possibilité d'analyser l'impact du contexte relationnel sur la relation entre le désengagement et la santé psychologique. Le leadership authentique est considéré comme une ressource contextuelle protectrice qui favorise la cohérence et la reconnaissance, alors que le leadership tyrannique est perçu comme une exigence sociale supplémentaire qui accentue la détresse et la perte de sens.

Cette méthode propose une analyse approfondie et globale du climat organisationnel : elle admet que le bien-être psychologique n'est pas seulement influencé par les traits individuels, mais également par la nature des rapports hiérarchiques et le mode de gouvernance. D'un point de vue pratique, cette distinction souligne les leviers d'action managériale essentiels pour prévenir la détresse et promouvoir le bien-être dans le milieu infirmier.

3.1.4. Construction des hypothèses

3.1.4.1 Lien direct : Intention de quitter → Santé psychologique

Selon le cadre théorique avancé, on suppose que l'intention de quitter a un effet prédictif sur les deux aspects de la santé psychologique, à savoir le bien-être et la détresse. Lorsqu'un individu commence à envisager de quitter son emploi ou sa profession, il commence à manifester un désengagement cognitif et affectif à l'égard de son environnement de travail (Meyer et Allen, 1991). La distanciation psychologique entraîne une diminution du sentiment d'appartenance et de l'identification organisationnelle, tout en limitant les ressources psychologiques disponibles pour s'engager de manière positive dans les tâches quotidiennes.

La démobilisation s'accompagne habituellement d'une réduction du sentiment d'accomplissement, de la satisfaction et de l'équilibre émotionnel au travail (Bakker et Demerouti, 2017). Diverses recherches empiriques ont validé le fait que les salariés manifestant une intention élevée de quitter leur emploi témoignent de niveaux moindres de bien-être psychologique, d'engagement et de vitalité au travail (Panaccio et Vandenberghe, 2009; Spence Laschinger et Fida, 2014). Cette corrélation défavorable peut être expliquée par le déclin progressif de la valeur accordée au travail et par la diminution des ressources motivationnelles et sociales, deux éléments clés du bien-être professionnel.

Par conséquent, on s'attend à ce qu'une intention de quitter plus élevée soit corrélée à un niveau de bien-être plus bas, ce qui reflète l'épuisement des ressources psychologiques et la diminution de la perception de l'efficacité.

H1a : à intention de quitter plus élevée, bien-être psychologique plus faible ($\beta_1 < 0$).

La décision de quitter son poste de travail ou sa carrière peut entraîner une perturbation cognitive et émotionnelle caractérisée par la perte de repères, l'incertitude et les dilemmes de loyauté, comme l'ont souligné Lee et Ashforth (1996). Cette rupture psychologique engendre un climat interne de tension et de vulnérabilité propice à l'apparition de symptômes de détresse tels que l'anxiété, la fatigue émotionnelle ou le découragement. Le retrait devient ainsi un facteur de stress psychologique en renforçant les perceptions de déséquilibre entre l'investissement et la récompense (Hart et Warren, 2015; Schaufeli et Bakker, 2010).

Des études longitudinales récentes ont démontré que la diminution de l'engagement affectif et l'augmentation de l'intention de quitter précèdent fréquemment l'élévation de la détresse psychologique (Robert et Vandenberghe, 2024). Cette corrélation s'inscrit dans le cadre du modèle Job Demands-Resources (JD-R), lequel postule que la diminution des ressources internes et relationnelles accroît la vulnérabilité émotionnelle.

Par conséquent, on peut s'attendre à ce que l'augmentation de l'intensité de l'intention de quitter soit associée à une augmentation de la détresse psychologique.

H1b : à intention de quitter plus élevée, détresse psychologique plus élevée ($\beta_1 > 0$).

Dans l'ensemble, la volonté de partir n'est pas seulement considérée comme un prédicteur comportemental du départ, mais également comme un indicateur précoce de désengagement psychologique qui peut avoir un effet prédictif sur la santé psychologique des infirmiers. Cette vision souligne la nature circulaire du processus psychosocial : le retrait intentionnel diminue le bien-être, nourrit la détresse et finalement affaiblit la capacité de résilience individuelle et collective au sein de l'environnement de soins.

3.1.4.2 Effet modérateur du leadership

En plus du lien direct postulé entre l'intention de quitter et la santé psychologique, il est crucial d'analyser les facteurs contextuels qui pourraient influencer cette relation. Le style de leadership est un élément crucial parmi ces facteurs pour le bien-être des employés, surtout dans les contextes de soins où les relations hiérarchiques sont essentielles pour la cohésion d'équipe et la perception du soutien (Cummings et al., 2018). Dans ce contexte, le leadership joue un rôle de variable modératrice qui influence l'intensité et la direction de la relation entre le désengagement intentionnel et la santé psychologique.

Selon le modèle des Job Demands–Resources (JD-R) développé par Bakker et Demerouti, en 2017, le leadership peut être considéré à la fois comme une ressource contextuelle, en cas de leadership constructif, et comme une exigence sociale, en cas de leadership destructeur. Ces deux formes antagonistes ont des impacts distincts sur les ressources psychologiques, l'engagement et la détresse émotionnelle. En accord avec le cadre conceptuel de cette étude, deux types de leadership opposés sont pris en compte : le leadership authentique, perçu comme un élément de protection, et le leadership tyrannique, considéré comme un renforçateur de la détresse.

3.1.4.2.1 Promotion positive du leadership authentique

Le leadership authentique est fondé sur la conscience de soi, la transparence relationnelle, l'internalisation de la moralité et une gestion équilibrée de l'information (Walumbwa et al., 2008). Ces attributs encouragent un environnement propice à la confiance et à la solidarité, ce qui renforce le sentiment d'efficacité et de valorisation des collaborateurs (Avolio et Gardner, 2005).

Dans le domaine infirmier, diverses études ont démontré que le leadership authentique est corrélé à une réduction du stress, à une augmentation de la satisfaction professionnelle et à une diminution de l'intention de quitter (Alilyyani et al., 2018; Spence Laschinger et Fida, 2014).

Un leader authentique cherche à renforcer les ressources psychologiques telles que l'estime de soi, le sens du travail et l'autonomie, ce qui permet d'atténuer les effets négatifs du désengagement.

Par conséquent, en cas de volonté de départ d'une infirmière, d'un infirmier, la présence d'un leader authentique peut contribuer à maintenir son bien-être et à éviter la détresse en rétablissant l'harmonie entre ses valeurs personnelles et son rôle professionnel.

H2a : le leadership authentique **modère positivement** la relation entre l'intention de quitter et la santé psychologique :

- ✓ il **atténue** l'effet négatif de l'intention de quitter sur le **bien-être psychologique** (*interaction $X \times M_{auth} > 0$*) ;
- ✓ il **réduit** l'effet positif de l'intention de quitter sur la **détresse psychologique** (*interaction $X \times M_{auth} < 0$*)

3.1.4.2.2 Effets néfastes du leadership tyrannique

En revanche, le leadership tyrannique est défini comme une forme de direction qui se caractérise par un abus de pouvoir, un contrôle excessif et un manque de reconnaissance envers les subordonnés (Ashforth, 1994; Schyns et Schilling, 2013). Ce mode de gestion crée un environnement de travail empreint de crainte et de suspicion, ce qui peut entraîner une perte de motivation et un épuisement émotionnel (Brunet et al., 2015; Tepper, 2000).

Au sein des établissements hospitaliers, un style de leadership tyrannique aggrave la vulnérabilité psychologique des employés qui sont déjà désengagés. Lorsqu'une infirmière, un infirmier envisage de quitter son poste, le fait d'être confronté à un supérieur abusif renforce la dissonance cognitive et la souffrance émotionnelle, ce qui aggrave la perte de sens et de motivation (Cummings et al., 2018).

De cette manière, ce style de leadership joue un rôle de catalyseur en amplifiant l'impact de l'intention de quitter sur le bien-être psychologique.

H2b : le leadership tyrannique **modère négativement** la relation entre l'intention de quitter et la santé psychologique :

- ✓ il renforce l'effet négatif de l'intention de quitter sur le bien-être psychologique (interaction $X \times M_{\text{tyr}} < 0$) ;
- ✓ il amplifie l'effet positif de l'intention de quitter sur la détresse psychologique (interaction $X \times M_{\text{tyr}} > 0$).

Ces hypothèses de modération suggèrent que le type de leadership influence le développement du désengagement psychologique. Un leadership authentique est considéré comme une ressource protectrice qui favorise la résilience et le maintien du bien-être, alors qu'un leadership tyrannique est perçu comme une contrainte supplémentaire qui aggrave la détérioration psychologique. Cette double approche permet d'appréhender la santé psychologique non seulement comme le résultat des processus individuels (tel que l'intention de quitter), mais également comme une réaction à un contexte managérial qui peut soit atténuer, soit renforcer les conséquences du désengagement. L'objectif de l'évaluation empirique de ces modérations est d'identifier les circonstances dans lesquelles le désengagement intentionnel peut entraîner ou non une diminution du bien-être, ce qui peut aider à améliorer les pratiques de gestion dans le domaine infirmier.

3.1.4.3 Analyses longitudinales

L'un des principaux apports de cette étude réside dans l'intégration de la dimension temporelle du processus de désengagement et de la santé psychologique. Contrairement à la plupart des recherches précédentes qui se sont penchées sur le lien entre l'intention de quitter et la

santé psychologique en utilisant une approche transversale, notre méthodologie nous permet d'analyser la stabilité et l'évolution de ces relations à travers le temps, en comparant deux moments de mesure (Temps 1 et Temps 2).

L'approche longitudinale cherche à évaluer si l'intention de quitter, évaluée à un moment spécifique, peut prédire la santé psychologique future, en tenant compte de la santé psychologique initiale. Cette vision repose sur la notion que les processus cognitifs et affectifs associés au retrait peuvent se développer de manière graduelle et avoir des répercussions cumulatives sur le bien-être et la détresse psychologique (Taris et Kompier, 2014). En d'autres termes, le désir de départ n'est pas simplement un signe temporaire de malaise au travail, mais plutôt un processus dynamique pouvant entraîner une diminution progressive des ressources psychologiques.

D'après la théorie du modèle Job Demands–Resources (JD-R) développée par Bakker et Demerouti en 2017, la diminution des ressources internes telles que l'énergie, la motivation et le soutien, ainsi que la perte de sens au travail, peuvent conduire à une détérioration du bien-être et à une augmentation de la détresse à moyen terme. Ce schéma met en lumière un processus de perte de ressources, connu sous le nom de "spirale de perte", dans lequel le désengagement initial précède et nourrit l'épuisement psychologique. Dans le domaine infirmier, ce phénomène est particulièrement notable : les infirmières et les infirmiers qui initient un projet à court terme peuvent progressivement éprouver un sentiment croissant d'épuisement émotionnel, d'irritabilité et de découragement au fil des mois (Cummings et al., 2018; Robert et Vandenberghe, 2024).

Ainsi, la présente étude cherche à tester empiriquement la **persistance et la directionnalité** des liens observés, en vérifiant si l'intention de quitter mesurée au temps 1, prédit la santé psychologique au temps 2, tout en contrôlant la stabilité intra-individuelle des variables. L'objectif

est de déterminer si le désengagement intentionnel exerce un effet prédictif longitudinal sur la trajectoire psychologique du personnel infirmier, au-delà de la simple corrélation instantanée.

H3a : une intention de quitter élevée au temps 1 prédit une diminution du bien-être psychologique au temps 2 , toutes choses égales par ailleurs ($\beta_1 < 0$).

H3b : une intention de quitter élevée au temps 1 prédit une augmentation de la détresse psychologique au temps 2 ($\beta_1 > 0$).

Ces hypothèses servent à évaluer la durabilité dans le temps et la capacité prédictive du désengagement sur la santé psychologique, ainsi qu'à déterminer si les effets constatés à un instant précis persistent ou se renforcent au fil du temps. L'analyse longitudinale permet de mettre à l'épreuve de manière empirique l'évolution du processus de détérioration psychologique, en accord avec les modèles temporels et prédictifs avancés par Schaufeli (2017) et par Taris et Kompier (2014).

Dans l'ensemble, cette approche temporelle vient compléter les analyses transversales en offrant une perspective dynamique sur la relation entre l'intention de quitter et la santé psychologique. Elle permet de différencier les conséquences immédiates des évolutions à long terme et de repérer les mécanismes par lesquels le retrait précoce conduit, ultimement, à une diminution du bien-être et à une augmentation de la détresse parmi le personnel infirmier.

3.1.4.4 Modèles complexes : médiation et bidirectionnalité

Les analyses précédentes permettent d'examiner les effets directs, longitudinaux et modérateurs des variables clés du modèle, en particulier ceux liés à l'intention de quitter, au leadership et à la santé psychologique. Toutefois, le fonctionnement psychologique au travail ne se limite pas à des relations unidirectionnelles. Afin d'enrichir la compréhension des processus à

l'œuvre, il est pertinent d'intégrer des modèles complexes qui tiennent compte d'une possible **réciprocité** entre les variables.

Cette section présente la dynamique bidirectionnelle proposée entre la santé psychologique et l'intention de quitter, permettant une lecture plus réaliste et systémique du désengagement professionnel. Cette approche s'inscrit dans les perspectives contemporaines du modèle Job Demands–Resources (JD-R), qui postule que les états psychologiques sont à la fois le résultat et la source de processus d'ajustement en contexte de travail.

3.1.4.4.1 Hypothèse de réciprocité (H4)

Bien que le modèle conceptuel suggère initialement que l'intention de quitter constitue un prédicteur de la santé psychologique, plusieurs travaux empiriques indiquent que le lien peut également s'exercer dans le sens inverse. La dégradation du bien-être ou l'augmentation de la détresse pourraient favoriser des pensées de départ, renforçant progressivement le désengagement cognitif et affectif (Taris et Kompier, 2014; Zapf et al., 1996).

Dans cette perspective, la santé psychologique pourrait également agir comme un facteur antécédent qui influence l'évolution de l'intention de quitter. Cette possibilité de réciprocité s'inscrit dans la notion de spirale de perte de ressources avancée par Hobfoll (2002), selon laquelle les déficits émotionnels initiaux peuvent entraîner de nouvelles pertes et ainsi alimenter l'émergence d'intentions de départ.

Sur cette base, l'hypothèse H4 est formulée ainsi :

H4. La santé psychologique est susceptible d'exercer un effet prospectif sur l'intention de quitter.

- ✓ Une détresse psychologique plus élevée prédit une augmentation de l'intention de quitter.
- ✓ Un niveau plus élevé de bien-être psychologique prédit une diminution de l'intention de quitter.

Cette hypothèse étend le modèle conceptuel initial en intégrant l'idée que les relations entre intention de quitter et santé psychologique suivent une logique **bidirectionnelle**, plutôt qu'unidirectionnelle seulement.

3.1.4.4.2 Portée conceptuelle du modèle réciproque

L'introduction d'un modèle réciproque permet de dépasser une vision statique du désengagement. Elle met en évidence que :

- la santé psychologique constitue une ressource adaptative centrale ;
- sa détérioration pourrait contribuer à l'émergence ou au renforcement de l'intention de quitter ;
- cette intention peut elle-même accentuer les difficultés psychologiques dans le temps (comme démontré dans H3) ;
- les deux variables pourraient former un système dynamique susceptible d'évoluer en boucle, si les effets réciproques sont empiriquement soutenus.

Ce modèle répond à la logique proposée par les approches contemporaines du stress professionnel, dans lesquelles les individus s'inscrivent dans des cycles d'ajustement successifs où la perte de ressources peut entraîner des spirales négatives.

3.1.4.4.3 Intégration au modèle général

L'hypothèse H4 complète les hypothèses précédentes (H1–H3) en intégrant une dimension temporelle enrichie. La prise en compte de la réciprocité permet :

- d'examiner simultanément les trajectoires de santé psychologique et de désengagement ;
- de comprendre comment des états de détresse ou de bien-être peuvent déclencher ou renforcer l'intention de quitter ;
- de situer la santé psychologique comme un acteur dynamique et non seulement comme une conséquence.

Ce modèle reflète ainsi une compréhension plus globale du phénomène d'épuisement et de désengagement en milieu infirmier, en reconnaissant la nature circulaire et adaptative des processus psychosociaux.

Les résultats empiriques associés à cette hypothèse seront examinés à la section **3.3.5.5**, où seront testés les effets réciproques entre les niveaux initiaux de santé psychologique et l'évolution de l'intention de quitter.

3.1.5. Synthèse du modèle et présentation des hypothèses globales (H1–H4)

Le modèle conceptuel proposé s'appuie sur le cadre du modèle Job Demands–Resources (JD-R), selon lequel la santé psychologique résulte d'un équilibre dynamique entre les exigences professionnelles et les ressources disponibles. Dans le contexte infirmier, marqué par une charge émotionnelle élevée et des contraintes organisationnelles importantes, l'intention de quitter, le style de leadership et la santé psychologique représentent des variables clés permettant de comprendre les mécanismes de désengagement et de bien-être. Les hypothèses de l'étude découlent ainsi de cette perspective, en intégrant les effets directs, les influences contextuelles et la dimension temporelle des relations examinées.

L'ensemble des hypothèses (H1 à H4) vise à examiner de manière intégrée : (a) l'effet immédiat de l'intention de quitter sur la santé psychologique, (b) le rôle modérateur des styles de leadership, (c) la capacité prédictive de l'intention de quitter dans le temps, et (d) la dynamique bidirectionnelle entre santé psychologique et intention de quitter (**Tableau 6**). Ces quatre propositions structurent l'ensemble des analyses et constituent le fondement du cadre explicatif retenu.

Tableau 6: Synthèse détaillée des hypothèses globales et sous-hypothèses (H1–H4)

Hypothèse	Sous-hypothèse	Formulation détaillée
H1 – Effets directs de l'intention de quitter	H1a	Une intention plus élevée de quitter est associée à une diminution du bien-être psychologique.
	H1b	Une intention plus élevée de quitter est associée à une augmentation de la détresse psychologique.
H2 – Modération des effets par le leadership	H2a	Le leadership authentique atténue la relation entre l'intention de quitter et la santé psychologique : plus le leadership authentique est élevé, plus l'impact négatif de l'intention de quitter sur le bien-être est réduit et son effet sur la détresse atténué.
	H2b	Le leadership tyrannique amplifie la relation entre l'intention de quitter et la santé psychologique : plus le leadership tyrannique est élevé, plus l'impact négatif de l'intention de quitter sur la santé psychologique s'accroît.
H3 – Effets longitudinaux de l'intention de quitter	H3a	L'intention de quitter au temps 1 prédit une diminution du bien-être psychologique au temps 2, même après le contrôle du bien-être initial.
	H3b	L'intention de quitter au temps 1 prédit une augmentation de la détresse psychologique au temps 2, même après le contrôle de la détresse initiale.
H4 – Effets bidirectionnels santé → intention	H4a	Une détresse psychologique plus élevée au temps 1 prédit une augmentation de l'intention de quitter au temps 2.
	H4b	Un bien-être psychologique plus élevé au temps 1 prédit une diminution de l'intention de quitter au temps 2.

3.2. Méthode

3.2.1. Devis de recherche

Cette recherche s'appuie sur un protocole quantitatif, non expérimental et longitudinal, comprenant deux phases de mesure séparées par un intervalle d'environ six mois. Cette étude s'inscrit dans une démarche confirmatoire : elle teste des hypothèses théoriquement déduites à partir du modèle JD-R et des travaux sur le leadership, à l'aide d'instruments validés et d'analyses statistiques prédéfinies. Elle se distingue ainsi d'une démarche exploratoire en ce qu'elle vise à

confirmer ou infirmer un modèle conceptuel préétabli, tout en ouvrant des perspectives d'analyse inattendues qui seront discutées dans les limites. L'approche adoptée est de nature corrélationnelle et prédictive : elle a pour objectif d'évaluer dans quelle mesure l'intention de quitter (variable indépendante) permet de prévoir la santé psychologique (variable dépendante), tout en analysant l'effet modérateur exercé par deux styles de leadership — authentique et tyrannique.

Aucune intervention expérimentale n'est effectuée. L'objectif consiste à quantifier les relations naturelles observées au sein d'un échantillon représentatif du personnel infirmier québécois, ainsi qu'à apprécier la stabilité temporelle des corrélations entre les variables au cours du temps.

Le dispositif intègre à la fois des analyses transversales (temps 1 et temps 2) visant à décrire et à corréler les variables, ainsi que des analyses longitudinales (temps 1→temps 2) conçues pour évaluer la capacité prédictive de l'intention de quitter sur le bien-être et la détresse psychologiques, tout en contrôlant les niveaux initiaux. Des analyses d'interaction (effets de modulation) sont également conduites dans le but de déterminer si les styles de leadership participent à atténuer ou à renforcer les répercussions du désengagement sur la santé psychologique.

Cette approche temporelle consolide la validité interne et écologique de l'étude en atténuant les biais associés aux mesures ponctuelles et en offrant une compréhension dynamique des interactions entre les variables dans le cadre infirmier.

3.2.2. Participants et procédure de collecte des données

Les données analysées dans cette étude proviennent d'une enquête conduite en 2011 par André Savoie, Luc Brunet, Jean-Sébastien Boudrias, Denis Morin et Marie Alderson, dans le cadre d'un projet financé par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH) portant

sur la santé psychologique au travail, réalisé en collaboration avec l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ).

Au cours de la première étape de collecte des données (temps 1), un total de 1 013 infirmières et infirmiers ont pris part à une enquête en ligne réalisée au moyen de la plateforme SurveyMonkey. Après un délai d'environ six mois, une seconde évaluation (temps 2) a été effectuée auprès des mêmes participants. Au total, 608 individus ont de nouveau rempli le questionnaire, ce qui a permis la constitution d'un échantillon apparié en vue d'analyses longitudinales. Il importe de préciser la distinction entre ces effectifs de collecte et les effectifs retenus pour les analyses. Les chiffres de 1 013 (T1) et 608 (T2) correspondent à l'ensemble des personnes ayant participé à l'enquête, y compris les questionnaires partiellement complétés. Conformément à la variable « Choix_partic » du fichier de données, codée « Rempli au complet », seuls les questionnaires intégralement complétés ont été retenus pour les analyses : soit 907 participants au temps 1, représentant 89,5 % des 1 013 répondants initiaux, et 572 participants au temps 2. Parmi ces 572 répondants, 406 ont pu être appariés avec leur questionnaire du temps 1, constituant l'échantillon longitudinal final avec un taux de rétention de 44,8 %. Cette distinction est résumée dans le Tableau 7.

La participation s'est effectuée sur une base volontaire et dans l'anonymat. Avant le commencement du questionnaire, chaque participant a été informé au moyen d'un formulaire de consentement éclairé exposant les objectifs, les modalités ainsi que les droits afférents à l'étude. Aucune rémunération directe n'était envisagée, à l'exception de la possibilité de prendre part à un tirage au sort symbolique, conformément aux normes éthiques en vigueur à cette période.

La collecte des données s'inscrit dans un projet de recherche ayant reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche de la Faculté des arts et des sciences de l'Université de Montréal

(certificat CÉRFA-2009-A-107) (Annexe 4). Les données ont été traitées en stricte conformité avec les principes éthiques encadrant la recherche impliquant des sujets humains : elles ont été conservées de manière sécurisée, entièrement anonymisées et rendues accessibles uniquement aux chercheurs autorisés. Ces mesures garantissent la confidentialité des informations, la protection des données personnelles et la rigueur scientifique du dispositif de recherche.

3.2.3. Instruments de mesure

Cette section expose les instruments employés pour évaluer les variables principales de l'étude, dans le cadre d'un protocole mixte combinant une approche transversale (temps 1) et longitudinale (du temps 1 au temps 2). Chaque échelle a été retenue en raison de sa pertinence théorique, de ses validations empiriques antérieures ainsi que de la fiabilité psychométrique attestée dans des recherches effectuées en milieu professionnel, notamment dans le domaine des soins infirmiers.

3.2.3.1 Intention de quitter

L'intention de quitter a été mesurée à l'aide de l'échelle de Mobley et al. (1978), adaptée en français par Paillé (2006). L'échelle comprend trois items évaluant la propension de l'individu à envisager de quitter son unité, son établissement ou sa profession (ex. : « *Je pense souvent à quitter mon emploi actuel* »). Les répondants exprimaient leur degré d'accord sur une échelle de Likert à 6 points (1 = *pas du tout d'accord* à 6 = *tout à fait d'accord*).

Cette échelle a démontré une excellente consistance interne ($\alpha = 0,85$ au temps 1 ; $\alpha = 0,88$ au temps 2) et une stabilité temporelle adéquate sur la période d'un an ($r = 0,70$, $p < 0,001$). Elle a été retenue pour sa simplicité et sa robustesse dans la prédiction du désengagement organisationnel (Paillé, 2010; Tett et Meyer, 1993).

3.2.3.2 Santé psychologique

La santé psychologique a été évaluée conformément au modèle bidimensionnel élaboré par Massé et al. (1998a), lequel a été adapté au contexte organisationnel par Gilbert et al. (2011). Ce modèle fait la distinction entre deux composantes :

- le bien-être psychologique (25 items ; $\alpha = 0,93 - 0,95$), englobant la sérénité, l'équilibre personnel ainsi que l'engagement social (par exemple : « Je me sens en confiance dans ma vie professionnelle ») ;
- La détresse psychologique (23 items ; $\alpha = 0,95 - 0,96$), comprenant des manifestations telles que la tension, l'irritabilité, la dépression ou le retrait social (par exemple : « Je me sens épuisé émotionnellement par mon travail »).

Les deux dimensions ont été mesurées aux temps 1 et 2, ce qui a permis d'effectuer une analyse des trajectoires intra-individuelles du bien-être et de la détresse (Massé et al., 1998b). Les réponses ont été collectées au moyen d'une échelle graduée en cinq points (1 = jamais, 5 = presque toujours). La constance temporelle constatée entre Temps 1 et Temps 2 s'est avérée particulièrement élevée ($r = 0,70 - 0,72$, $p < 0,001$), témoignant d'une stabilité notable des perceptions psychologiques au cours du temps.

3.2.3.3 Leadership authentique

Le leadership authentique a été évalué au moyen de la version française de *l'Authentic Leadership Questionnaire* (ALQ), conçue par Walumbwa et al. (2008) et validée par Leroy et al. (2015). L'échelle se compose de 16 items répartis en quatre dimensions :

- (1) la conscience de soi (par exemple : « Mon supérieur admet ses erreurs »),
- (2) la clarté dans les relations,
- (3) la perspective morale intrinsèque, ainsi que

(4) le traitement impartial de l'information.

Les participants exprimaient leur accord sur une échelle de Likert à cinq points (1 = pas du tout d'accord ; 5 = tout à fait d'accord). La cohérence interne constatée au sein de cet échantillon est remarquable ($\alpha = 0,96$ au temps 1 ; $\alpha = 0,96$ au temps 2), ce qui atteste de la fiabilité de l'instrument. Bien que l'analyse factorielle confirmatoire (AFC) ait indiqué un ajustement modéré (CFI = 0,87, TLI = 0,84, RMSEA = 0,14), la validité convergente reste néanmoins étayée par la forte homogénéité des items (Morin et al., 2011; Walumbwa et al., 2008).

3.2.3.4 Leadership tyrannique

Le leadership tyrannique a été mesuré à l'aide d'une échelle inspirée du modèle de leadership abusif et autoritaire proposé par Ashforth (1994), qui conceptualise la tyrannie comme une forme de direction marquée par la domination, la dévalorisation et le contrôle excessif.

Cette mesure a été élaborée dans le cadre des travaux de recherche menés à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et adaptée au contexte organisationnel infirmier québécois. Bien que les données aient été recueillies avant les validations publiées plus tard, les résultats psychométriques observés dans la présente étude ($\alpha = 0,92$ au temps 1 ; $\alpha = 0,93$ au temps 2) sont cohérents avec ceux rapportés dans les études ultérieures de Brunet et al. (2015) et de Mackey et al. (2021), confirmant la robustesse de ce construit au sein du champ du leadership destructeur.

Elle comprend douze items évaluant les comportements abusifs et autoritaires du supérieur hiérarchique direct (par exemple : « Mon supérieur dévalorise les efforts des employés »). Les réponses ont été évaluées selon une échelle graduée de 1 (jamais) à 5 (toujours).

Les analyses psychométriques révèlent une cohérence interne remarquable ($\alpha = 0,92$ au temps 1 ; $\alpha = 0,93$ au temps 2) ainsi qu'une stabilité temporelle satisfaisante ($r = 0,60$, $p < 0,001$).

L'instrument a démontré une sensibilité aux variations interpersonnelles, ce qui le constitue en un indicateur pertinent du climat de leadership perçu au fil du temps.

3.2.3.5 Variables sociodémographiques et de contrôle

Des variables sociodémographiques ont en outre été collectées lors de la première phase (Temps 1) au moyen d'un questionnaire (Annexe 5) spécifiquement élaboré pour cette étude. Ces variables englobent le genre, l'âge, le statut professionnel, l'ancienneté au sein de l'organisation, le secteur d'activité ainsi que le poste de travail. Ces indicateurs ont été employés en tant que variables de contrôle dans les analyses corrélationnelles et de régression hiérarchique, dans le but de prendre en considération les effets contextuels associés à la structure de l'emploi ainsi qu'à la stabilité professionnelle (Cohen et al., 2003).

Globalement, les instruments de mesure employés se distinguent par d'excellentes qualités psychométriques, une cohérence interne remarquable ainsi qu'une stabilité temporelle solide. Leur validité métrique a été attestée aussi bien dans la dimension transversale (Temps 1) que dans la dimension longitudinale (du temps 1 au temps 2), corroborant ainsi la fiabilité des analyses portant sur les relations et l'évolution des construits.

3.2.4. Stratégie d'analyse

Les analyses statistiques ont été effectuées au moyen du logiciel IBM SPSS Statistics (version 29). Pour certaines analyses complémentaires, telles que les analyses de modération, les indices de fiabilité oméga et les graphiques des pentes simples, le logiciel R (version 4.3) ainsi que ses extensions (*psych*, *lavaan*, *semPlot*, *interactions*) ont également été mobilisés.

La stratégie analytique s'appuie sur une méthodologie hybride intégrant des analyses transversales (Temps 1) et longitudinales (du temps 1 au temps 2), ce qui permet d'étudier

simultanément les corrélations contemporaines ainsi que la capacité prédictive des variables au cours du temps (Menard, 2002; Singer et Willett, 2003).

3.2.4.1 Élaboration et contrôle des données

Avant toute analyse, un traitement méthodique et rigoureux des données a été réalisé. La proportion ainsi que le mécanisme des valeurs manquantes ont été analysés au moyen du test MCAR de Little (Little, 1988). Les valeurs aberrantes univariées et multivariées ont été détectées à l'aide des scores z ($> \pm 3,29$) ainsi que de la distance de Mahalanobis (Tabachnick et al., 2019).

La conformité des distributions à la normalité a été évaluée au moyen des coefficients d'asymétrie et d'aplatissement, ainsi que par une analyse visuelle des graphiques Q–Q. Des analyses descriptives ont par la suite été réalisées afin de caractériser l'échantillon (fréquences, moyennes, écarts types) et de présenter les tendances centrales des variables principales.

3.2.4.2 Fiabilité et validité des outils de mesure

L'analyse factorielle confirmatoire (AFC) constitue un ensemble de méthodes statistiques destinées à vérifier la conformité des données à un modèle théorique préétabli, en adoptant une approche hypothético-déductive — à la différence de l'analyse exploratoire qui identifie les structures factorielles sans hypothèse préalable. La cohérence interne des échelles a été appréciée à l'aide des coefficients α de Cronbach (1951) et ω total de McDonald (1999), tandis que la validité factorielle a été examinée au moyen d'analyses factorielles confirmatoires (AFC) utilisant une estimation par maximum de vraisemblance (Kline, 2016). Les critères de qualité de l'ajustement se sont fondés sur les indices conventionnels suivants : $CFI \geq 0,90$, $TLI \geq 0,90$, $RMSEA \leq 0,08$ et $SRMR \leq 0,08$ (Hu et Bentler, 1999).

3.2.4.3 Analyses de corrélation

Les analyses de corrélation constituent une étape préliminaire essentielle pour examiner les relations bivariées entre les principales variables de l'étude : l'intention de quitter, le bien-être psychologique, la détresse psychologique, le leadership authentique et le leadership tyrannique. Elles permettent d'évaluer la force et la direction des associations linéaires entre les construits avant la mise en œuvre des modèles de régression et des analyses longitudinales.

Des corrélations de Pearson ont été calculées pour l'ensemble des variables principales au temps 1, conformément aux recommandations de Field (2018). Ces analyses visent à :

- ✓ vérifier la cohérence avec les hypothèses théoriques (lien négatif entre intention de quitter et bien-être ; lien positif avec la détresse) ;
- ✓ évaluer les relations attendues entre les styles de leadership et la santé psychologique ;
- ✓ identifier la présence éventuelle de redondances ou de corrélations excessivement élevées susceptibles d'indiquer de la multicolinéarité.

Les analyses de régression incluent également la vérification de la multicolinéarité au moyen du facteur d'inflation de la variance (VIF — Variance Inflation Factor), un indice statistique qui quantifie dans quelle mesure la variance d'un coefficient de régression est augmentée en raison de la colinéarité avec d'autres prédicteurs. Un VIF inférieur à 10 est généralement considéré comme acceptable (Hair et al., 2019).

3.2.4.4 Validation des hypothèses principales

La validation des hypothèses principales repose sur un ensemble d'analyses appropriées, tenant compte de la nature spécifique de chaque relation théorique énoncée dans le modèle conceptuel. Dans le souci d'assurer la transparence et la cohérence analytique, chaque hypothèse

est succinctement rappelée avant de procéder à l'exposé de la méthode statistique employée pour son évaluation.

3.2.4.4.1 Validation de l'hypothèse H1 – Effets directs (transversaux)

H1a : à intention de quitter plus élevée, **bien-être psychologique plus faible** ($\beta_1 < 0$).

H1b : à intention de quitter plus élevée, **détresse psychologique plus élevée** ($\beta_1 > 0$).

Afin d'analyser ces effets directs, des régressions linéaires simples ont été réalisées au temps 1, en utilisant l'intention de quitter comme variable prédictive et chacun des indicateurs de santé psychologique comme variable dépendante. Cette méthode permet d'analyser la robustesse et l'orientation de la relation directe entre le désengagement intentionnel et les états psychologiques.

3.2.4.4.2 Validation de l'hypothèse H2 – Effets modérateurs exercés par le leadership (transversal)

H2a : le leadership authentique **modère positivement** la relation entre l'intention de quitter et la santé psychologique :

- ✓ il **atténue** l'effet négatif de l'intention de quitter sur le **bien-être psychologique** (interaction $X \times M_{auth} > 0$) ;
- ✓ il **réduit** l'effet positif de l'intention de quitter sur la **détresse psychologique** (interaction $X \times M_{auth} < 0$)

H2b : le leadership tyrannique **modère négativement** la relation entre l'intention de quitter et la santé psychologique :

- ✓ il renforce l'effet négatif de l'intention de quitter sur le bien-être psychologique (interaction $X \times M_{tyr} < 0$) ;

- ✓ il amplifie l'effet positif de l'intention de quitter sur la détresse psychologique (interaction $X \times M_{\text{tyr}} > 0$).

Les hypothèses de modération ont été examinées par le biais de régressions hiérarchiques intégrant un terme d'interaction entre l'intention de quitter et chacun des styles de leadership. Les variables prédictives ont été préalablement centrées dans le but de réduire les problèmes de multicolinéarité. La fonction de modérateur est appréciée par l'analyse de la contribution supplémentaire apportée par le terme d'interaction au modèle, ainsi qu'en étudiant l'évolution du coefficient prédictif relatif à l'intention de quitter.

3.2.4.4.3 Validation de l'hypothèse H3 – Effets longitudinaux (du temps 1 au temps 2)

H3a : une intention de quitter élevée au temps 1 prédit une diminution du bien-être psychologique au temps 2 , toutes choses égales par ailleurs ($\beta_1 < 0$).

H3b : une intention de quitter élevée au temps 1 prédit une augmentation de la détresse psychologique au temps 2 ($\beta_1 > 0$).

L'analyse longitudinale s'appuie sur des modèles de régression qui prennent systématiquement en compte le niveau initial de la variable dépendante. Par conséquent, pour chaque indicateur de santé psychologique mesuré au temps 2, le modèle prend en compte l'intention de quitter enregistrée au temps 1 ainsi que la valeur associée à ce même temps 1. Cette approche analytique permet d'apprécier l'impact prédictif net de l'intention de quitter sur les variations intra-individuelles observées entre les deux moments de mesure.

3.2.4.4.4 Validation de l'hypothèse H4 – Modèles dynamiques bidirectionnels

Hypothèse H4. La relation entre la santé psychologique et l'intention de quitter suit une dynamique bidirectionnelle. Cette hypothèse se décline en deux sous-hypothèses :

- ***H4a : une détresse psychologique plus élevée au temps 1 prédit une augmentation de l'intention de quitter au temps 2.***
- ***H4b : un niveau plus élevé de bien-être psychologique au temps 1 prédit une diminution de l'intention de quitter au temps 2.***

Ces deux sous-hypothèses reposent sur l'idée que la santé psychologique ne constitue pas uniquement une conséquence de l'intention de quitter, mais représente également un déterminant important de son évolution dans le temps. Les modèles de pertes de ressources (Hobfoll, 2002) suggèrent qu'un état psychologique fragilisé accroît la probabilité d'adopter des attitudes de retrait, tandis qu'un bien-être psychologique plus élevé soutient la stabilité professionnelle et réduit le désir de quitter l'organisation.

Pour tester cette dynamique réciproque, des modèles croisés (cross-lagged panel models) ont été estimés à l'aide de la modélisation par équations structurelles (SEM). Cette approche permet d'examiner simultanément :

1. l'effet du bien-être et de la détresse psychologique au temps 1 sur l'intention de quitter au temps 2,
2. tout en contrôlant les niveaux initiaux de ces variables,
3. et en comparant la force et la direction des chemins croisés aux effets longitudinaux directs évalués dans H3.

Ces analyses permettent d'évaluer de manière rigoureuse l'hypothèse de bidirectionnalité postulée par H4, en tenant compte à la fois de la stabilité temporelle des construits et de leurs effets croisés. Les résultats détaillés relatifs à H4a et H4b sont présentés dans la section 3.3. Ils montrent un appui partiel à H4 : H4b est confirmée, tandis que H4a n'est pas soutenue après contrôle de la stabilité temporelle.

3.3. Résultats

3.3.1. Préparation et nettoyage des données

3.3.1.1 Flux d'échantillon

L'analyse du flux d'échantillons a pour objectif de retracer le parcours des participantes et des participants depuis la collecte initiale jusqu'à la formation des échantillons sélectionnés pour les analyses statistiques. Cette phase méthodologique revêt une importance capitale pour apprécier la qualité, la représentativité ainsi que la robustesse des données exploitées. En procédant à un examen des exclusions successives, elle assure la transparence du processus de traitement des données ainsi que la conformité des échantillons analysés aux critères de validité interne et externe.

Dans le cadre de la présente étude, deux catégories d'analyses ont été réalisées :

- une analyse transversale (au temps 1) examinant les relations contemporaines entre les variables évaluées à un instant unique ;
- une analyse longitudinale (du temps 1 au temps 2) destinée à évaluer la stabilité temporelle ainsi que les effets prédictifs des variables au cours du temps.

3.3.1.1.1 Approche transversale (au temps 1)

L'échantillon initial collecté au temps 1 comprenait 907 participantes et participants. Une première vérification de l'exhaustivité des données a révélé un unique cas absent concernant la variable « intention de quitter » (0,11 % des observations). Ce cas a été exclu, ce qui porte l'effectif de l'échantillon à $N = 906$ pour les analyses descriptives préliminaires (Tableau 7).

La détection des observations atypiques a par la suite été effectuée au moyen des scores z standardisés ($> \pm 3,29$). Conformément aux préconisations de Tabachnick et al. (2019), vingt cas

ont été recensés comme extrêmes : treize (13) cas relevant de l'échelle du leadership tyrannique, sept (7) niveaux sur l'échelle du stress psychologique.

Ces observations ont été exclues afin de restreindre leur impact excessif sur les analyses. L'échantillon définitif retenu pour les analyses transversales se compose ainsi de N = 886 participantes et participants, ce qui représente 97,7 % de l'échantillon initial. Ce taux de rétention élevé garantit une représentativité optimale de la population infirmière analysée au temps 1.

3.3.1.1.2 Approche longitudinale (du temps 1 au temps 2)

Une seconde phase de mesure (au temps 2) a été réalisée environ 6 mois après le temps 1. Parmi les 907 participants initiaux, 572 ont complété le questionnaire au temps 2, ce qui correspond à un taux de rétention de 63,1 %. À l'issue de l'appariement entre le temps 1 et le temps 2, 406 cas complets ont été retenus pour les analyses longitudinales, représentant 44,8 % de l'échantillon initial (Tableau 7). Des analyses de sensibilité ont été réalisées en excluant quinze cas extrêmes multivariés identifiés au sein de l'échantillon apparié (N=391). Les résultats principaux restant constants, l'échantillon de N = 406 a été conservé pour les analyses longitudinales présentées. Dans les cohortes en contexte professionnel, des pertes d'effectifs analogues sont courantes et ne compromettent pas nécessairement la capacité de généralisation dès lors que les caractéristiques essentielles restent constantes (Gustavson et al., 2012; Twisk, 2013).

Tableau 7: Résumé du flux d'échantillon entre le temps 1 et le temps 2

Étape du traitement	Description	Nombre de cas (N)	Pourcentage de l'échantillon initial (907)
Collecte initiale (Temps 1)	Répondantes et répondants ayant complété le questionnaire	907	100 %

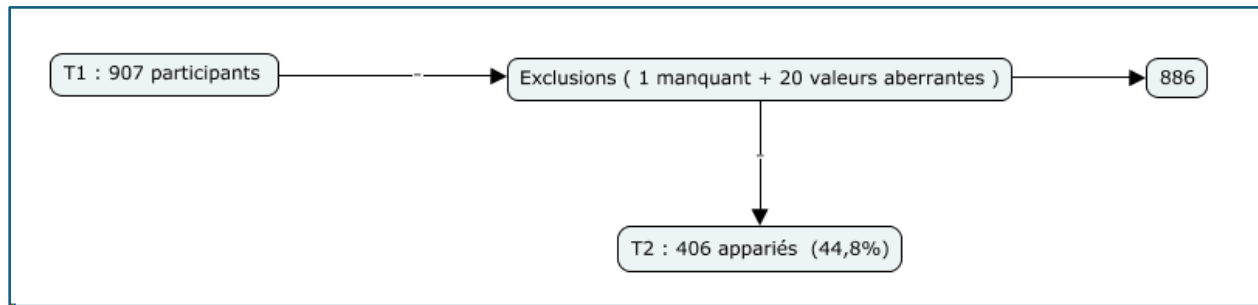
Données manquantes supprimées	1 cas manquant sur intention de quitter	906	99,9 %
Cas aberrants supprimés	13 (LTyr) + 7 (Détresse) exclus ($ z > 3,29$)	886	97,7 %
Échantillon final Temps 1 (transversal)	Données complètes et valides	886	97,7 %
Répondantes et répondants au temps 2	Participants ayant répondu au second questionnaire	572	63,1 %
Appariement entre le temps 1 et le temps 2	Cas complets aux deux temps	406	44,8 %
Cas extrêmes exclus (sensibilité)	Exclusion exploratoire de 15 cas	391	43,1 %
Échantillon final (longitudinal)	Cas conservés pour les analyses longitudinales	406	44,8 %

Note. Les exclusions résultent de la détection de valeurs extrêmes ($|z| > 3,29$) et de la vérification de la complétude des données.

3.3.1.1.3 Analyse synthétique et interprétation

Les flux présentés attestent de la qualité et de la robustesse des deux devis : la conservation de 97,7 % de l'échantillon initial au temps 1 garantit une représentativité satisfaisante pour l'analyse transversale, tandis que l'échantillon apparié de 406 cas autorise une étude fiable des dynamiques temporelles en longitudinal. Cette distinction analytique (transversale versus longitudinale) permet d'étayer la comparaison des relations contemporaines ainsi que de leur stabilité au cours du temps.

Figure 7 : Flux d'échantillon



3.3.1.2 Analyse des valeurs manquantes

L'examen des données absentes représente une phase cruciale pour garantir la qualité ainsi que la validité des analyses statistiques, tant dans une perspective transversale (au temps 1) que longitudinale (du temps 1 au temps 2) (Tableau 8). Cette vérification avait pour objectif d'identifier les potentielles insuffisances dans les réponses, d'en analyser la structure (qu'elle soit aléatoire ou systématique) et de définir la méthode la plus adéquate pour le traitement de ces données.

Une analyse préliminaire des matrices de données a mis en évidence un taux de non-réponse particulièrement faible pour l'ensemble des variables principales et sociodémographiques. Dans la base de données longitudinale appariée (N = 406), seules deux variables comportaient chacune une valeur manquante : l'intention de quitter au temps 2 ainsi que le leadership tyrannique au temps 2, représentant un taux de 0,2 % pour chacune. Toutes les autres variables faisaient preuve d'une complétude intégrale (0 % de données absentes).

Afin d'évaluer le caractère aléatoire des valeurs manquantes, le test de Little relatif aux données manquantes complètement au hasard (MCAR) (Little, 1988) a été appliqué aux variables principales (intention de quitter, bien-être, détresse, leadership authentique, leadership tyrannique et climat organisationnel). Les résultats ($\chi^2=53,887$, ddl=42, $p=0,103$) révèlent l'absence d'une

différence significative, ce qui confirme que les données peuvent être considérées comme manquantes de manière totalement aléatoire (MCAR).

Cette constatation indique qu'aucun schéma systématique ni biais latent ne justifie les valeurs manquantes, et que la perte d'information n'altère ni la structure des relations entre les variables ni la représentativité de l'échantillon. Conformément aux préconisations de Enders (2010); de Schafer et Graham (2002) ainsi que de Tabachnick et al. (2019), lorsque le taux de données manquantes demeure inférieur à 5 % et que le test MCAR s'avère non significatif, la suppression par liste complète constitue une méthode appropriée et exempte de biais.

Aucune imputation multiple n'a par conséquent été considérée comme nécessaire, tant pour les analyses transversales (Temps 1) que pour les analyses longitudinales (du temps 1 au temps 2). Toutes les analyses ultérieures (corrélations, régressions hiérarchiques et modèles longitudinaux) ont été réalisées sur les jeux de données complets, garantissant ainsi la cohérence et la fiabilité des comparaisons entre les deux moments de mesure.

Tableau 8: Synthèse des valeurs manquantes par variable

Variable principale	Temps de mesure	N valide	N manquant	% manquant	Décision méthodologique
Intention de quitter (INT_Q_GEN)	Temps 2	405	1	0,2 %	Retenue (listwise deletion)
Leadership tyrannique (LTyr_GLOBAL)	Temps 2	405	1	0,2 %	Retenue (listwise deletion)
Autres variables (Bien-être, Détresse, Leadership authentique, Climat organisationnel)	Du temps 1 au temps 2	406	0	0 %	Aucune valeur manquante

L'examen combiné des bases du temps 1 et du temps 2 met en évidence la stabilité de la structure des données entre les deux moments de mesure et atteste de la fiabilité du couplage longitudinal. Sur le plan transversal, la quasi-absence de données manquantes assure la validité interne des analyses descriptives et corrélationnelles, tandis que sur le plan longitudinal, elle garantit une continuité analytique rigoureuse entre les mesures répétées.

3.3.1.3 Identification des valeurs extrêmes

La détection des valeurs aberrantes (outliers) représente une phase essentielle du processus de préparation des données, dans la mesure où ces observations atypiques sont susceptibles d'exercer une influence disproportionnée sur les analyses statistiques et d'aboutir à des conclusions erronées (Aguinis et al., 2013; Osborne et Overbay, 2004).

Dans le cadre de cette étude, la détection a été réalisée selon deux niveaux complémentaires : l'analyse univariée ainsi que l'analyse multivariée, et ce, pour les deux dimensions d'analyse — transversale (Temps 1) et longitudinale (du temps 1 au temps 2).

3.3.1.3.1 Identification univariée des valeurs aberrantes

L'analyse univariée a pour objectif d'identifier les cas dont la valeur sur une variable spécifique s'écarte de façon significative du reste de la distribution. Conformément aux préconisations de Field (2018) ainsi que de Tabachnick et al. (2019), les scores z standardisés ont été établis pour l'ensemble des variables continues (bien-être, détresse, intention de quitter, leadership authentique et leadership tyrannique).

Toute observation dont le score absolu excède $|z| > 3,29$ a été jugée comme extrême.

■ Résultats — Au temps 1 (Analyse transversale)

L'analyse des distributions au temps 1 ($N = 907$) a conduit à la détection de 20 cas extrêmes :

- ✓ Quatorze cas figurant sur l'échelle du leadership tyrannique,
- ✓ Sept cas figurant sur l'échelle de la détresse psychologique.

Ces valeurs, quoiqu'authentiques, correspondaient à des profils statistiquement atypiques et peu fréquents. Dans le but de limiter l'influence potentielle des valeurs extrêmes sur les statistiques descriptives et corrélationnelles, ces 20 cas ont été écartés des analyses transversales principales, ce qui a conduit à une réduction de la taille de l'échantillon à $N = 886$ pour la phase transversale.

■ Résultats — Passage du temps 1 au temps 2 (Analyse longitudinale)

Dans la base longitudinale appariée ($N = 406$), le même seuil de détection a été retenu.

L'analyse a conduit à la détection de 15 cas extrêmes (soit 3,7 % de l'ensemble des données), principalement relatifs aux dimensions du leadership tyrannique et de la détresse psychologique. Ces cas ont été provisoirement écartés lors des analyses de sensibilité longitudinales, dans le but de vérifier la stabilité des coefficients ainsi que la robustesse des modèles temporels.

3.3.1.3.2 Identification multivariée des observations aberrantes

La détection multivariée a pour objectif d'identifier les observations atypiques en prenant en compte simultanément plusieurs variables corrélées entre elles. La distance de Mahalanobis (D^2) a été déterminée à partir de l'ensemble des variables principales, en intégrant leur covariance. Les cas dont la probabilité associée à la statistique D^2 est inférieure à $p < 0,001$ (conformément à

la distribution du χ^2 correspondant au nombre de variables) ont été qualifiés d'extrêmes (Aguinis et al., 2013).

■ Résultats — Temps 1 ainsi que la transition du temps 1 au temps 2

Cinq (5) cas extrêmes multivariés ont été recensés :

- ✓ Trois cas ont été observés au temps 1, principalement concernant les combinaisons entre l'Intention de quitter et le Leadership tyrannique.
- ✓ Deux cas au temps 2, associés à des combinaisons de Détresse et de Leadership authentique.

L'analyse attentive de ces observations n'a mis en évidence aucune erreur de saisie (Tableau 9). Ces situations illustrent des profils psychologiques atypiques, tout en demeurant conformes à la diversité inhérente aux expériences professionnelles.

Tableau 9 : Synthèse de la détection des valeurs extrêmes

Type d'analyse	Volet temporel	Méthode de détection	Seuil de détection	Cas extrêmes	Décision méthodologique
Univariée	TEMPS 1	Score z standardisé	$ z > 3,29$	20 cas (14 LTyr, 7 Détresse)	Exclus des analyses transversales principales
Univariée	DU TEMPS 1 AU TEMPS 2	Score z standardisé	$ z > 3,29$	15 cas	Exclusion temporaire pour tests de robustesse
Multivariée	TEMPS 1	Distance de Mahalanobis (D^2)	$p < 0,001$	3 cas	Conservés, mais vérifiés dans les analyses de sensibilité
Multivariée	DU TEMPS 1 AU TEMPS 2	Distance de Mahalanobis (D^2)	$p < 0,001$	2 cas	Conservés, pas d'influence significative détectée

Ils ont été maintenus dans les analyses principales, mais soumis à des tests d'exclusion au sein des modèles longitudinaux. Les résultats sont restés constants, attestant de la solidité ainsi que de la validité interne des modèles.

Les analyses comparatives effectuées en présence et en l'absence des cas extrêmes ont révélé une stabilité des coefficients de corrélation, de régression ainsi que des indices de modération. Ces résultats indiquent que les valeurs extrêmes relevées ne remettent pas en cause la validité des modèles, mais traduisent plutôt la diversité psychologique authentique des participantes et participants. Par conséquent, les analyses principales ont été réalisées en excluant les cas extrêmes univariés, tout en maintenant les cas multivariés lors des régressions longitudinales, conformément aux préconisations d'Aguinis et al. (2013).

La détection conjointe univariée et multivariée garantit un contrôle optimal de la distribution des données tout en maintenant la représentativité empirique de l'échantillon. Cette méthode intégrée, mise en œuvre tant selon une perspective transversale que longitudinale, assure la fiabilité ainsi que la stabilité des analyses inférentielles exposées dans les sections suivantes.

3.3.1.4 Vérification de la normalité des distributions (skewness, kurtosis, Q–Q plots).

La vérification de la normalité des distributions constitue une étape préalable essentielle avant le recours à des tests paramétriques tels que les corrélations, les régressions hiérarchiques ou les modèles d'équations structurelles. Dans le but d'assurer la conformité à cette hypothèse, diverses méthodes complémentaires ont été mises en œuvre : le calcul des coefficients d'asymétrie (skewness) et de kurtose, ainsi que l'analyse visuelle des diagrammes Q–Q. Ces analyses ont été réalisées distinctement pour les données correspondant au temps 1 et au temps 2.

3.3.1.4.1 Première phase (Temps 1)

Avant et après la suppression des valeurs aberrantes ($N = 907 \rightarrow N = 886$), les distributions des variables se sont avérées globalement conformes aux attentes. La majorité des coefficients d'asymétrie se trouvaient entre -1 et $+1$, ce qui reflète des asymétries modérées compatibles avec l'hypothèse de normalité (George et Mallery, 2010). Le bien-être psychologique (asymétrie = $-0,18$; kurtosis = $-0,53$) ainsi que le leadership authentique (asymétrie = $-0,60$; kurtosis = $-0,12$) affichaient des distributions quasi normales.

Inversement, l'intention de quitter (asymétrie = $+1,47$; kurtosis = $+1,41$) présentait une légère concentration vers les valeurs faibles, tandis que le leadership tyrannique (asymétrie = $+2,03$; kurtosis = $+4,88$) mettait en évidence une distribution nettement asymétrique et leptokurtique. L'examen des diagrammes Q-Q confirmait ces divergences, notamment pour la variable tyrannique.

3.3.1.4.2 Temps 2

Les résultats obtenus étaient comparables à ceux du temps 1. Les distributions du bien-être (asymétrie $\approx -0,18$; kurtosis $\approx -0,53$) ainsi que de la détresse (asymétrie $\approx +0,92$; kurtosis $\approx +1,09$) restaient conformes aux limites acceptables (± 2) établies par West et al. (1995). L'intention de quitter manifestait une asymétrie modérée ($\approx +1,46$; kurtosis $\approx +1,40$), tandis que le leadership tyrannique demeurait la variable présentant la plus forte déviation (asymétrie $\approx +2,0$; kurtosis $> +4$). Les graphiques Q-Q ont corroboré ces observations : la plupart des distributions respectaient la diagonale théorique, à l'exception du leadership tyrannique.

3.3.1.4.3 Décision relative au traitement des données

Aucune transformation, qu'elle soit logarithmique ou par racine carrée, n'a été effectuée. Deux raisons motivent cette décision :

- La dimension considérable des différents échantillons utilisés dans cette étude assure une robustesse adéquate aux analyses paramétriques, conformément au théorème central limite (Lumley et al., 2002). Plus précisément, l'échantillon initial au temps 1 comptait $N = 907$ participantes et participants. Après exclusion des 20 cas extrêmes identifiés lors de la détection univariée des valeurs aberrantes, l'échantillon transversal retenu pour les analyses descriptives et corrélationnelles au temps 1 s'établit à $N = 886$. Pour l'analyse longitudinale, $N = 406$ participantes et participants disposent de données appariées aux deux temps de mesure (du temps 1 au temps 2). Enfin, un sous-échantillon supplémentaire de $N = 391$ cas a été constitué dans le cadre des analyses de sensibilité, après exclusion des 15 cas extrêmes détectés dans la base appariée. Ainsi, les analyses transversales reposent sur $N = 886$, tandis que les analyses longitudinales utilisent l'échantillon complet apparié ($N = 406$), et les analyses renforcées s'appuient sur $N = 391$.
- Les analyses de sensibilité ont révélé que les résultats restaient constants, y compris en cas de légères déviations par rapport à la normalité.

En somme, la plupart des variables répondent aux critères conventionnels de normalité ($|\text{skewness}|$ et $|\text{kurtosis}| < 2$) (Tableau 10). Les écarts constatés concernant le leadership tyrannique et, dans une moindre mesure, l'intention de quitter reflètent uniquement la rareté des comportements tyranniques perçus ainsi que des intentions de quitter élevées au sein des infirmières composant l'échantillon.

Tableau 10 : Analyse des coefficients d'asymétrie et de kurtosis (Temps 1)

Variable	Asymétrie (Skewness)	(Kurtosis)	Interprétation
Bien-être psychologique global	-0,179	-0,534	Distribution normale
Détresse psychologique globale	+0,918	+1,090	Acceptable
Climat organisationnel global	-1,037	+1,122	Acceptable
Intention de quitter générale	+1,467	+1,409	Asymétrie modérée
Leadership authentique global	-0,597	-0,120	Distribution normale
Leadership tyrannique global	+2,030	+4,879	Asymétrie et leptokurtose marquées

Note. Les coefficients inférieurs à ± 2 indiquent des distributions considérées comme acceptables pour les analyses paramétriques (Tabachnick et al., 2019; West et al., 1995).

3.3.2. Analyses descriptives et caractéristiques de l'échantillon

L'objectif de cette section est de présenter les caractéristiques générales de l'échantillon ainsi que les principales statistiques descriptives relatives aux variables étudiées. Ces analyses permettent d'obtenir une vision d'ensemble du profil sociodémographique et professionnel des participantes et participants, ainsi que des tendances centrales et de la dispersion des variables principales aux deux temps de mesure (Temps 1 et 2). Elles constituent une étape essentielle avant les analyses corrélationnelles et de modélisation, en fournissant une base empirique pour interpréter les résultats dans une double perspective **transversale (Temps 1) et longitudinale (du temps 1 au temps 2)** (Field, 2018; Tabachnick et al., 2019).

3.3.2.1 Profil sociodémographique

L'analyse du profil sociodémographique a pour objectif de décrire les caractéristiques majeures des participantes et participants à l'étude, ainsi que d'évaluer la représentativité de l'échantillon selon les deux modalités d'analyse : transversale (temps 1) et longitudinale (du temps

1 au temps 2). Cette phase assure la stabilité de la composition de l'échantillon entre les deux moments de mesure, ce qui garantit la validité ainsi que la comparabilité des analyses ultérieures (Field, 2018; Tabachnick et al., 2019).

3.3.2.1.1 Analyse transversale (Temps 1)

Au temps 1, l'échantillon initial est constitué de 907 infirmières et infirmiers issus de divers établissements du réseau québécois de la santé (Tableau 11). Ce groupe illustre la composition caractéristique du personnel infirmier au Québec, majoritairement féminin, expérimenté et principalement employé dans le secteur public (OIIQ, 2021).

Les données descriptives exposées ci-après (Tableau 11) révèlent une proportion élevée de femmes (89,2 %), une majorité d'individus âgés de 30 à 54 ans (55,8 %), ainsi qu'une prédominance du personnel exerçant à temps plein (67,7 %).

Dans le cadre professionnel, près de 60 % des individus exercent dans le secteur public, principalement au sein des centres hospitaliers et des CSSS, tandis que 74,4 % des participants occupent un quart de jour, ce qui traduit une certaine homogénéité du profil professionnel.

Tableau 11 : Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des participantes et participants (Temps 1 : N initial = 907 ; N analysé = 886 après nettoyage)

Variable	Sous-catégorie	Fréquence	Pourcentage
Genre	Femme	790	89,2
	Homme	96	10,8
Âge	24 ans ou moins	60	6,8
	25 à 29 ans	130	14,7
	30 à 34 ans	136	15,3
	35 à 39 ans	105	11,9
	40 à 44 ans	92	10,4
	45 à 49 ans	116	13,1
	50 à 54 ans	134	15,1
	55 à 59 ans	72	8,1
	60 à 64 ans	35	4,0
	65 ans ou plus	6	0,7
Éducation	DEC (y compris diplôme hospitalier)	239	27,0
	Université – Certificat	79	8,9

Variable	Sous-catégorie	Fréquence	Pourcentage
Situation d'emploi	Université – Baccalauréat	408	46,0
	Université – Diplômé	160	18,1
	Plein temps	600	67,7
	À temps partiel	264	29,8
	Occasionnel	22	2,5
Heures travaillées hebdomadaires	Moins de 20 heures	55	6,2
	20 à 29 heures	123	13,9
	30 à 39 heures	453	51,1
	40 à 49 heures	193	21,8
	50 à 59 heures	43	4,9
	60 heures ou plus	19	2,1
Ancienneté dans l'organisation	Moins de 6 mois	34	3,8
	6 à 11 mois	53	6,0
	1 à 2 ans	119	13,4
	3 à 5 ans	190	21,4
	6 à 10 ans	168	19,0
	11 à 15 ans	99	11,2
	Plus de 15 ans	223	25,2
Ancienneté dans le poste actuel	Moins de 6 mois	99	11,2
	6 à 11 mois	92	10,4
	1 à 2 ans	206	23,3
	3 à 5 ans	235	26,5
	6 à 10 ans	150	16,9
	11 à 15 ans	56	6,3
	Plus de 15 ans	48	5,4
Permanence avec le superviseur immédiat	Moins de 6 mois	132	14,9
	6 à 11 mois	132	14,9
	1 à 2 ans	257	29,0
	3 à 5 ans	223	25,2
	6 à 10 ans	100	11,3
	11 à 15 ans	24	2,7
	Plus de 15 ans	18	2,0
Contact avec le superviseur	Pas du tout	24	2,7
	Rarement	120	13,5
	Parfois	189	21,3
	Assez souvent	378	42,7
	Fréquemment / Presque toujours	175	19,8
Supervise le personnel	Oui	276	31,2
	Non	610	68,8

Variable	Sous-catégorie	Fréquence	Pourcentage
Taille du département	Moins de 5 employés	145	16,4
	6 à 10 employés	135	15,2
	11 à 15 employés	122	13,8
	16 à 20 employés	80	9,0
	21 à 25 employés	39	4,4
	Plus de 25 employés	365	41,2
Secteur d'activité	Public – CSSS	270	30,5
	Public – Centre universitaire	126	14,2
	Public – Centre Hospitalier	258	29,1
	Public – Centre de soins de longue durée	39	4,4
	Public – Centre de réadaptation	13	1,5
	Public – Autre	55	6,2
	Privé – Agence de placement	17	1,9
	Privé – Clinique médicale	7	0,8
	Privé – Autre (à but lucratif)	37	4,2
	Privé – Autre (sans but lucratif)	21	2,4
Période de travail	Secteur de l'éducation	43	4,9
	Jour	659	74,4
	Soir	145	16,4
	Nuit	82	9,3

Ce portrait souligne la prédominance notable des femmes ainsi que la présence d'une main-d'œuvre expérimentée, attestant de la comparabilité de l'échantillon avec les données officielles fournies par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ, 2021).

3.3.2.1.2 Analyse longitudinale (du temps 1 au temps 2)

Au moment 2, un total de 572 participantes et participants ont complété le questionnaire de suivi (Tableau 12). Après avoir apparié les réponses entre Temps 1 et Temps 2, 406 cas complets ont été sélectionnés pour les analyses longitudinales.

La confrontation des distributions du temps 1 et du temps 2 met en évidence une stabilité sociodémographique significative, ce qui atteste que le sous-échantillon longitudinal conserve sa représentativité au sein de la cohorte initiale. La part des femmes, des employés à temps plein ainsi

que du personnel exerçant dans le secteur public est restée stable (toutes les variations étant non significatives, $p > 0,05$).

Tableau 12: Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles de l'échantillon apparié (du temps 1 au temps 2, $N = 406$)

Caractéristique	Catégorie	N	%
Sexe	Femmes	368	90,6
	Hommes	38	9,4
Âge	24 ans ou moins	21	5,2
	25–34 ans	116	28,5
	35–44 ans	105	25,9
	45–54 ans	124	30,5
	55 ans et plus	40	9,9
Statut d'emploi	Temps plein	281	69,2
	Temps partiel / Autres	125	30,8
Ancienneté	< 5 ans	123	30,3
	6–15 ans	174	42,9
	> 15 ans	109	26,8
Secteur de travail	Public	128	31,5
	Privé / Autres	278	68,5
Quart de travail	Jour	319	78,6
	Soir / Nuit	87	21,4

Les résultats obtenus tant transversalement que longitudinalement confirment la stabilité ainsi que la représentativité du profil sociodémographique. L'échantillon analysé reflète une composition représentative du personnel infirmier québécois, caractérisée par une prédominance féminine, une expérience significative et un engagement au sein des établissements publics.

La concordance constatée entre Temps 1 et 2 consolide la crédibilité des analyses longitudinales, dans la mesure où les variations relevées lors des phases ultérieures ne sauraient être imputées à des modifications structurelles de l'échantillon, mais bien à de véritables évolutions des variables psychologiques (Schaufeli et Bakker, 2010).

Ces observations confirment la solidité des analyses inférentielles ainsi que la validité externe des résultats.

3.3.2.2 Statistiques de tendance centrale et dispersion

L'examen des statistiques de tendance centrale et de dispersion autorise la caractérisation des variables principales de l'étude ainsi que la description de leur distribution au sein de l'échantillon. Ces indicateurs – moyennes, écarts-types, minimums et maximums – fournissent une vue d'ensemble du niveau ainsi que de la variabilité des phénomènes étudiés, notamment le bien-être psychologique, la détresse psychologique, l'intention de quitter, le leadership authentique et le leadership tyrannique. Conformément à la stratégie d'analyse établie (voir section 3.2.4), cette section expose dans un premier temps les résultats transversaux au temps 1, puis les résultats longitudinaux (du temps 1 au temps 2), dans le but d'évaluer la stabilité ou les variations moyennes observées au fil du temps.

3.3.2.2.1 Analyse transversale (temps 1)

Les analyses descriptives réalisées au temps 1 ($N = 886$) (Tableau 13) révèlent une répartition des scores conforme aux tendances anticipées dans la littérature relative à la santé psychologique du personnel infirmier (Gilbert et al., 2011; Schaufeli et Bakker, 2010). Le bien-être psychologique affiche une moyenne élevée ($M = 4,03$; $\sigma = 0,50$), ce qui reflète un niveau de bien-être globalement favorable. La détresse psychologique, en revanche, se manifeste à un degré faible ($M = 1,75$; $\sigma = 0,50$), ce qui laisse supposer une perception favorable de la santé émotionnelle. L'intention de quitter présente une moyenne relativement faible ($M = 2,01$; $\sigma = 1,31$), ce qui traduit une faible propension à quitter. En matière de leadership, le leadership authentique affiche une moyenne relativement élevée ($M = 3,44$; $\sigma = 0,92$), alors que le leadership tyrannique reste à un niveau faible ($M = 1,46$; $\sigma = 0,61$).

Tableau 13 : Statistiques descriptives des variables principales – Analyse transversale (Temps 1)

Variable	N	Moyenne	Écart-type	Interprétation
Bien-être psychologique	886	4,03	0,50	Niveau élevé de bien-être
Détresse psychologique	886	1,75	0,50	Faible détresse
Intention de quitter	886	2,01	1,31	Faible propension à quitter
Leadership authentique	886	3,44	0,92	Perception positive
Leadership tyrannique	886	1,46	0,61	Faible occurrence

Ces résultats transversaux corroborent un profil globalement harmonieux, caractérisé par un niveau élevé de bien-être et une faible intensité de détresse, en accord avec d'autres recherches menées auprès d'infirmières québécoises (Benyamina Douma et al., 2021; Côté et al., 2022). Le contraste net entre ces deux modalités de leadership laisse présumer une prédominance des pratiques de supervision bienveillantes au détriment des approches autoritaires.

3.3.2.2 Analyse longitudinale (du temps 1 au temps 2)

L'analyse longitudinale réalisée sur l'échantillon apparié (N = 406) autorise l'examen de la stabilité temporelle des variables principales ainsi que l'observation d'éventuelles variations entre les deux moments de mesure (Tableau 14).

Les résultats révèlent une stabilité notable des moyennes des scores pour la majorité des variables, les écarts-types restant similaires entre le temps 1 et le temps 2. Les indices de bien-être psychologique restent inchangés (Temps 1 : M = 4,01 ; σ = 0,49 ; Temps 2 : M = 4,01 ; σ = 0,56), ce qui témoigne d'une stabilité du ressenti de bien-être.

La détresse psychologique connaît une légère augmentation (Temps 1 : M = 1,67 ; σ = 0,52 ; Temps 2 : M = 1,79 ; σ = 0,56), ce qui atteste d'une dégradation marginale de l'état

émotionnel au cours du temps. De surcroît, l'intention de quitter enregistre une légère augmentation (Temps 1 : $M = 1,92$; $\sigma = 1,26$; Temps 2 : $M = 2,01$; $\sigma = 1,37$), ce qui pourrait traduire une progression graduelle de la fatigue professionnelle ou du désengagement. Les perceptions relatives au leadership authentique et tyrannique restent constantes (avec des moyennes respectives de $M = 3,48$ et $M = 1,53$ aux deux moments d'évaluation), ce qui corrobore l'hypothèse d'un climat organisationnel relativement stable durant la période analysée.

Tableau 14 : Statistiques descriptives et stabilité temporelle – Analyse longitudinale (du temps 1 au temps 2)

Variable	Temps 1 – Moy. (σ)	Temps 2 – Moy. (σ)	Corrélation (r)
Bien-être psychologique	4,01 (0,49)	4,01 (0,56)	0,70***
Détresse psychologique	1,67 (0,52)	1,79 (0,56)	0,72***
Intention de quitter	1,92 (1,26)	2,01 (1,37)	0,70***
Leadership authentique	3,48 (0,89)	3,48 (0,87)	0,71***
Leadership tyrannique	1,53 (0,63)	1,53 (0,63)	0,60***

Ces informations attestent de la fiabilité des mesures ainsi que de la constance des perceptions des répondants entre les temps 1 et 2. L'augmentation modérée de la détresse ainsi que de l'intention de quitter pourrait traduire une fatigue cumulative, cohérente avec le contexte organisationnel documenté dans le réseau de la santé québécois en 2011, notamment le recours accru au temps supplémentaire obligatoire, les pressions budgétaires croissantes et les restructurations organisationnelles de cette période (Larivière et al., 2010). Les coefficients de test–retest élevés ($r = 0,60$ à $0,72$) confirment la validité temporelle des instruments (West et al., 1995).

Les résultats, tant transversaux que longitudinaux, indiquent un profil psychologique globalement stable, marqué par un bien-être élevé et une détresse modérée, tout en révélant également des indices d'un désengagement progressif. Cette progression, quoique modérée, confirme les recherches récentes indiquant que les intentions initiales ont tendance à se consolider au fil du temps, notamment lorsque la charge de travail et les contraintes organisationnelles demeurent (Bakker et Demerouti, 2017; Fantoni Quinton et al., 2021).

La permanence du leadership authentique ainsi que la rareté du leadership tyrannique se présentent comme des éléments susceptibles de préserver la santé psychologique du personnel infirmier.

3.3.2.3 Comparaison Temps 1 vs Temps 2 (évolution des moyennes)

L'analyse comparative des deux périodes de mesure (Temps 1 et Temps 2) permet d'évaluer la stabilité temporelle ainsi que l'évolution moyenne des variables principales de l'étude : bien-être psychologique, détresse psychologique, intention de quitter, leadership authentique et leadership tyrannique. Cette phase a pour objectif d'établir si des modifications notables sont survenues au cours du temps chez les participantes et participants ayant pris part aux deux vagues du sondage, ce qui permet d'évaluer la solidité longitudinale des relations identifiées transversalement.

3.3.2.3.1 Analyse transversale (temps 1)

Au temps 1, les résultats descriptifs révèlent un profil psychologique globalement avantageux. Le bien-être psychologique affiche une moyenne élevée ($M = 4,03$; $\sigma = 0,50$), ce qui témoigne d'une perception favorable du climat psychologique. La détresse psychologique, en revanche, se manifeste à un degré faible ($M = 1,75$; $\sigma = 0,50$), ce qui reflète un état de santé psychologique global satisfaisant. L'intention de quitter reste restreinte ($M = 2,01$; $\sigma = 1,31$), alors

que le leadership authentique se situe à un niveau modéré à élevé ($M = 3,44$; $\sigma = 0,92$). Enfin, le leadership tyrannique se révèle être de faible intensité ($M = 1,46$; $\sigma = 0,61$), ce qui corrobore une perception globalement favorable du style de gestion direct.

3.3.2.3.2 Analyse longitudinale (du temps 1 au temps 2)

L'analyse des moyennes longitudinales effectuée sur le sous-échantillon apparié ($N = 406$) met en évidence une stabilité globale des indicateurs de santé psychologique, assortie de variations modestes, mais statistiquement significatives sur certaines dimensions (Tableau 15). Les niveaux moyens de bien-être psychologique restent constants (Temps 1 : $M = 4,01$; Temps 2 : $M = 4,01$). En revanche, la détresse psychologique présente une légère augmentation (Temps 1 : $M = 1,67$; Temps 2 : $M = 1,79$), ce qui laisse supposer une progression modérée des manifestations de tension émotionnelle. L'intention de quitter connaît également une légère augmentation (Temps 1 : $M = 1,92$; Temps 2 : $M = 2,01$), tandis que les perceptions relatives au leadership authentique et tyrannique restent constantes (LA : $M = 3,48 \rightarrow 3,48$; LTyr : $M = 1,53 \rightarrow 1,53$).

Tableau 15 : Comparaison des moyennes et écarts-types aux temps 1 et temps 2 ($N = 406$)

Variable	TEMPS 1 : M (σ)	TEMPS 2 : M (σ)	Variation observée	Interprétation
Bien-être psychologique	4,01 (0,49)	4,01 (0,56)	≈ 0	Stabilité complète
Détresse psychologique	1,67 (0,52)	1,79 (0,56)	+ 0,12	Légère augmentation de la détresse
Intention de quitter	1,92 (1,26)	2,01 (1,37)	+ 0,09	Hausse modérée du désengagement
Leadership authentique	3,48 (0,89)	3,48 (0,87)	≈ 0	Stabilité des perceptions positives
Leadership tyrannique	1,53 (0,63)	1,53 (0,63)	≈ 0	Aucune évolution notable

Dans l'ensemble, les résultats indiquent que la structure psychologique du personnel infirmier demeure stable sur une période de suivi d'environ six mois, en dépit d'une légère

tendance à l'augmentation de la détresse et de l'intention de quitter. Cette stabilité apparente pourrait s'expliquer par la robustesse des ressources personnelles et relationnelles préexistantes. Toutefois, l'augmentation modérée de la détresse laisse entrevoir une usure psychologique cumulative, en accord avec les données issues de la littérature portant sur le stress chronique dans le contexte des soins.

3.3.3. Fiabilité et validité des instruments

Avant d'analyser les relations entre les variables examinées, il convient de s'assurer préalablement de la qualité psychométrique des outils de mesure employés. Cette section expose les indicateurs de fiabilité interne (cohérence entre les items) ainsi que ceux de validité de construits (concordance entre le modèle théorique et les données empiriques). Ces analyses représentent une phase cruciale pour garantir la solidité, la comparabilité temporelle (longitudinale) ainsi que la validité scientifique des résultats de la recherche.

3.3.3.1 Indices de consistance interne (Temps 1 et Temps 2)

Avant d'analyser les relations entre les variables de l'étude, il convient de vérifier que les échelles utilisées disposent d'une fiabilité interne satisfaisante, ce qui signifie que les items évaluent de façon cohérente un même construit psychologique.

L'évaluation de la cohérence interne assure la fiabilité des mesures ainsi que la comparabilité des résultats entre le premier (temps 1) et le second temps de mesure (temps 2). Dans le cadre de cette étude, la fiabilité a été évaluée au moyen du coefficient alpha de Cronbach (α) ainsi que, pour les analyses transversales, du coefficient oméga de McDonald (ω), lequel est reconnu pour sa robustesse en présence de charges factorielles inégales (McNeish, 2018).

3.3.3.1.1 Analyse transversale (temps 1)

L'analyse de la fiabilité interne au premier point de mesure ($N = 886$) met en évidence des coefficients α de Cronbach situés entre 0,847 et 0,962, ce qui atteste d'une homogénéité interne remarquable des items pour l'ensemble des instruments. Ces données attestent que chaque échelle mesure de façon fiable le construit qui lui est propre.

- ✓ Bien-être psychologique : coefficient alpha de Cronbach égal à 0,933
- ✓ Détresse psychologique : coefficient $\alpha = 0,945$
- ✓ Intention de quitter : $\alpha = 0,847$
- ✓ Leadership authentique : $\alpha = 0,962$
- ✓ Leadership tyrannique : $\alpha = 0,916$

Ces coefficients excèdent le seuil recommandé de 0,70 (Nunnally et Bernstein, 1994) et témoignent d'une fiabilité particulièrement satisfaisante. Les coefficients ω de McDonald attestent cette cohérence : $\omega_t = 0,94$ pour le bien-être psychologique et $\omega_t = 0,97$ pour le leadership authentique. Ainsi, les échelles employées lors de temps 1 révèlent une stabilité interne élevée ainsi qu'une structure psychométrique rigoureuse.

3.3.3.1.2 Analyse longitudinale (du temps 1 au temps 2)

Les résultats longitudinaux (Tableau 16), obtenus à partir de l'échantillon apparié ($N = 406$), attestent de la reproductibilité des mesures au fil du temps. Les coefficients α de Cronbach mesurés au temps 2 restent très proches, voire quelque peu supérieurs à ceux relevés au temps 1, ce qui témoigne d'une stabilité temporelle notable.

Ces résultats s'accordent avec les normes psychométriques requises pour des échelles validées ($\alpha \geq 0,80$) et démontrent que les instruments conservent leur fiabilité, leur stabilité ainsi que leur invariance au fil du temps. Par ailleurs, les corrélations test-retest observées entre les

scores temps 1 et temps 2 se révèlent élevées ($r = 0,60$ à $0,72$, $p < 0,001$), ce qui atteste de la stabilité temporelle ainsi que de la fiabilité des construits évalués.

Tableau 16 : Indices de consistance interne (α de Cronbach et ω de McDonald) pour les principales échelles – Temps 1 et Temps 2

Échelle	α (T1)	α (T2)	ω t (T1)	Interprétation
Bien-être psychologique	0,933	0,949	0,94	Excellente stabilité interne
Détresse psychologique	0,951	0,956	–	Fiabilité très élevée
Intention de quitter	0,852	0,879	–	Bonne fiabilité pour échelle courte
Leadership authentique	0,961	0,959	0,97	Excellente fiabilité et stabilité
Leadership tyrannique	0,923	0,929	–	Excellente cohérence interne

3.3.3.2 Validité des construits

Une fois la fiabilité interne des instruments établie, il convient de procéder à la vérification de leur validité de construit, c'est-à-dire de leur aptitude à mesurer effectivement les dimensions théoriques qu'ils sont supposés représenter. Cette phase garantit que les structures factorielles identifiées correspondent effectivement aux modèles conceptuels sous-jacents, tant lors du temps 1 (analyse transversale) qu'au moment de la comparaison entre temps 1 et temps 2 (analyse longitudinale).

Les analyses ont été réalisées au moyen d'une analyse factorielle confirmatoire (AFC) à l'aide du logiciel AMOS, en procédant à la vérification des indices d'ajustement tant globaux que spécifiques : χ^2/ddl , CFI (Comparative Fit Index), TLI (Tucker–Lewis Index), RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) ainsi que SRMR (Standardized Root Mean Square Residual).

3.3.3.2.1 Analyse transversale (temps 1)

Les modèles factoriels théoriques relatifs aux cinq échelles ont été examinés individuellement au temps 1 ; les résultats en sont exposés dans le Tableau 17.

■ Leadership authentique

L'échelle proposée par Walumbwa et al. (2008) s'appuie sur quatre dimensions : la conscience de soi, la transparence relationnelle, le traitement équilibré de l'information ainsi que la moralité intériorisée. Les résultats de l'analyse factorielle confirmatoire révèlent une structure factorielle dont l'ajustement est modéré : $\chi^2/\text{ddl} = 3,21$; CFI = 0,867 ; TLI = 0,837 ; RMSEA = 0,139 ; SRMR = 0,055.

Bien qu'un RMSEA excédant le seuil optimal ($< 0,08$) soit observé, la conjonction d'un $\text{SRMR} \leq 0,08$ et de saturations factorielles élevées ($> 0,70$) atteste de la validité convergente du modèle ; la cohérence interne extrêmement élevée ($\alpha = 0,962$; $\omega_t = 0,97$) vient corroborer cette affirmation.

■ Leadership tyrannique

Le modèle unidimensionnel issu des travaux d'Ashforth (1994) et confirmé par Pelletier (2010) présente un ajustement satisfaisant (CFI = 0,91 ; RMSEA = 0,07 ; SRMR = 0,06), ce qui corrobore la validité discriminante entre les deux formes de leadership.

La corrélation modérée ($r = -0,32$, $p < 0,001$) observée entre le leadership authentique et tyrannique corrobore l'hypothèse de l'existence de deux constructions distinctes, mais interconnectées, conformément au modèle dual avancé par Einarsen et al. (2007).

■ Santé psychologique (bien-être et détresse)

L'échelle de bien-être psychologique (ÉMMBEP) (Gilbert et al., 2011 ; Massé et al., 1998a) maintient une structure bifactorielle constante : le bien-être et la détresse représentent deux pôles complémentaires d'un même continuum. Les corrélations fortement négatives ($r = -0,70$ à $-0,73$, $p < 0,001$) observées entre les deux sous-échelles attestent de la validité convergente et discriminante des instruments de mesure.

■ Intention de quitter

L'échelle francophone de Paillé (2006), dérivée de celle de Mobley et al. (1979), révèle une structure unifactorielle solide, caractérisée par des saturations factorielles supérieures à 0,70 ainsi qu'un coefficient α excédant 0,85, attestant de la netteté conceptuelle et de la fiabilité du construit.

Tableau 17: Indices d'ajustement des modèles factoriels (AFC) – Analyse transversale (Temps 1)

Échelle	Dimensions théoriques	CFI	TLI	RMSEA	SRMR	Interprétation
Leadership authentique	4 facteurs (Walumbwa et al., 2008)	0,867	0,837	0,139	0,055	Ajustement modéré ; structure valide
Leadership tyrannique	1 facteur (Ashforth, 1994 ; Pelletier, 2010)	0,910	0,888	0,070	0,060	Bon ajustement
Bien-être psychologique	1 facteur global (ÉMMBEP)	0,935	0,924	0,065	0,052	Bon ajustement
Détresse psychologique	1 facteur global	0,946	0,930	0,061	0,049	Bon ajustement
Intention de quitter	1 facteur	0,972	0,962	0,041	0,035	Excellent ajustement

Note. χ^2 = Khi-deux ; *df* = degrés de liberté ; CFI : (Comparative Fit Index en anglais) = Indice d'ajustement comparatif ; TLI = Tucker-Lewis Indice ; RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) = Racine de l'erreur quadratique moyenne de l'approximation ; IC = Intervalle de confiance. SRMR (Standardized Root Mean Square Residual) = racine carrée moyenne normalisée résiduelle.

Les seuils conventionnels retenus sont $CFI \geq 0,90$ et $RMSEA \leq 0,08$ (Hu et Bentler, 1999; Kline, 2016). L'ALQ présente un ajustement modéré sur ces critères ($CFI = 0,867$; $RMSEA = 0,139$), ce qui invite à la prudence dans l'interprétation des analyses de modération.

3.3.3.2.2 Analyse longitudinale (du temps 1 au temps 2)

Les analyses longitudinales ont offert la possibilité d'évaluer la constance factorielle des construits au cours du temps. Les modèles confirmatoires reproduits au temps 2 exhibent des structures analogues à celles observées au temps 1, ce qui révèle une **similarité descriptive** des structures factorielles entre T1 et T2. Les tests formels d'invariance, séquence configural-métrique-scalaire selon les procédures conventionnelles (Kline, 2016), n'ont pas été conduits — cette limite est reconnue à la section 3.4.4.1.4.

Les indices d'ajustement relatifs au leadership authentique restent constants (CFI = 0,861 ; RMSEA = 0,135), ce qui confirme la stabilité du modèle quadridimensionnel.

En ce qui concerne la santé psychologique, le modèle bifactoriel maintient une corrélation interfacteurs élevée ($r = -0,72$, $p < 0,001$).

L'intention de quitter maintient une structure unifactorielle et affiche une corrélation test–retest de 0,70 ($p < 0,001$), attestant ainsi de sa validité temporelle. Ces résultats attestent de la stabilité conceptuelle ainsi que de la validité longitudinale des instruments, ce qui constitue une condition sine qua non pour interpréter les variations des moyennes et les effets prédictifs entre le temps 1 et 2.

Les analyses de validité réalisées lors des deux moments de mesure attestent que les instruments employés évaluent avec précision les construits théoriques escomptés. Les modèles factoriels présentent des ajustements variables selon les instruments — satisfaisants pour la majorité d'entre eux, mais modérés pour l'ALQ. La stabilité descriptive observée entre T1 et T2 soutient une certaine cohérence longitudinale des mesures, sans toutefois permettre de conclure formellement à une invariance métrique démontrée.

3.3.4. Corrélations entre variables

L'analyse des corrélations entre les variables principales de l'étude représente une étape préalable indispensable à la modélisation des relations hypothétiques. Il autorise la vérification de la cohérence des associations observées entre les construits avec les fondements théoriques (notamment la théorie des ressources et des demandes au travail de Bakker et Demerouti (2017) ainsi que leur conformité aux hypothèses de recherche. Cette analyse offre également une perspective empirique sur les orientations prévues des relations : un leadership authentique devrait être associé de manière positive au bien-être psychologique et de façon négative à la détresse ainsi qu'à l'intention de quitter, tandis qu'un leadership tyrannique engendrerait des effets contraires.

3.3.4.1 Matrice de corrélations entre variables principales

L'analyse corrélationnelle a pour objectif d'examiner les relations linéaires entre les variables principales de l'étude, afin de confirmer la cohérence empirique du modèle théorique et de garantir que les associations observées respectent les hypothèses directionnelles anticipées (Cohen, 1988; Schaufeli et Bakker, 2010).

Cette phase vise à mettre en évidence les relations entre les ressources organisationnelles (leadership authentique), les contraintes sociales (leadership tyrannique) et les indicateurs de santé psychologique (bien-être, détresse, intention de quitter).

Les corrélations ont été déterminées à l'aide du coefficient de Pearson (r), lequel évalue l'intensité ainsi que l'orientation de la relation linéaire entre deux variables continues.

3.3.4.1.1 Analyse transversale (temps 1)

Les corrélations de Pearson entre les variables évaluées au temps 1 sont présentées dans le Tableau 18. Les coefficients relevés se révèlent tous significatifs au seuil $p < 0,001$, ce qui atteste

de la robustesse statistique des corrélations. Les résultats révèlent un profil conforme aux prévisions théoriques :

- Le bien-être psychologique présente une corrélation négative avec la détresse psychologique ($r = -0,72$), ce qui signifie qu'un niveau élevé de bien-être est associé à une faible intensité de détresse émotionnelle.
- Le leadership authentique présente une corrélation positive avec le bien-être ($r = 0,41$) ainsi qu'une association négative avec la détresse ($r = -0,34$) et l'intention de quitter ($r = -0,28$).
- Le leadership tyrannique, en revanche, manifeste des corrélations positives avec la détresse ($r = 0,44$) et l'intention de quitter ($r = 0,40$), tout en étant négativement associé au bien-être ($r = -0,36$).

Tableau 18 : Corrélations de Pearson entre les variables principales – Temps 1 (N = 886)

Variables	1	2	3	4	5
1. Bien-être psychologique	—				
2. Détresse psychologique	- 0,72***	—			
3. Intention de quitter	- 0,47***	0,55***	—		
4. Leadership authentique	0,41***	- 0,34***	- 0,28***	—	
5. Leadership tyrannique	- 0,36***	0,44***	0,40***	- 0,32***	—

Ces corrélations d'intensité modérée à élevée, conformément aux critères établis par Cohen (1988), corroborent les fondements du modèle de la santé psychologique au travail (Bakker et Demerouti, 2017) et indiquent que le leadership joue un rôle prépondérant dans la santé psychologique ainsi que dans le maintien en emploi (**Tableau 18**). Ces résultats attestent de la pertinence prédictive du leadership quant à la santé psychologique ainsi qu'aux intentions comportementales. Ils attestent par ailleurs d'une absence de multicollinéarité (toutes les

corrélations étant inférieures à 0,80), ce qui assure la robustesse des analyses de régression ainsi que des modèles structurels ultérieurs.

3.3.4.1.2 Analyse longitudinale (du temps 1 au temps 2)

Les corrélations croisées entre les variables évaluées aux temps 1 et temps 2 ($N = 406$) sont présentées dans le Tableau 19. Elles offrent la possibilité d'évaluer la stabilité temporelle des construits ainsi que les relations prédictives intertemporelles entre les différentes dimensions mesurées.

- Les corrélations test–retest se révèlent élevées pour l'ensemble des variables : bien-être ($r = 0,69$), détresse ($r = 0,72$), intention de quitter ($r = 0,70$), leadership authentique ($r = 0,66$) ainsi que leadership tyrannique ($r = 0,63$), ce qui confirme la stabilité temporelle des mesures.
- Le leadership authentique mesuré au temps 1 constitue un prédicteur d'un niveau supérieur de bien-être au temps 2 ($r = 0,28$), ainsi que d'une réduction de la détresse ($r = -0,27$) et de l'intention de quitter ($r = -0,25$).
- Le leadership tyrannique, à l'inverse, observé au temps 1 présente une corrélation positive avec la détresse ($r = 0,31$) ainsi qu'avec l'intention de quitter ($r = 0,33$) évaluées au temps 2, ce qui confirme son impact délétère cumulatif.
- Le bien-être mesuré au temps 1 exerce un effet protecteur en atténuant la détresse ainsi que l'intention de quitter observées au temps 2 ($r = -0,30$ et $-0,24$).

Ces résultats, cohérents sur le plan longitudinal, viennent renforcer la plausibilité causale du modèle avancé : le leadership exerce une influence indirecte sur la santé psychologique à moyen terme.

Tableau 19 : Corrélations croisées entre les variables principales – Temps 1 et Temps 2 (N = 406)

Variables (TEMPS 1)	Bien-être (TEMPS 2)	Détresse (TEMPS 2)	Intention de quitter (TEMPS 2)	Leadership authentique (TEMPS 2)	Leadership tyrannique (TEMPS 2)
Bien-être (TEMPS 1)	0,69***	– 0,30***	– 0,24***	0,32***	– 0,21***
Détresse (TEMPS 1)	– 0,34***	0,72***	0,29***	– 0,26***	0,28***
Intention de quitter (TEMPS 1)	– 0,23***	0,33***	0,70***	– 0,25***	0,27***
Leadership authentique (TEMPS 1)	0,28***	– 0,27***	– 0,25***	0,66***	– 0,26***
Leadership tyrannique (TEMPS 1)	– 0,26***	0,31***	0,33***	– 0,27***	0,63***

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Ces corrélations attestent que les tendances relevées de manière transversale perdurent au fil du temps, renforçant ainsi la validité longitudinale du modèle relatif à la santé psychologique des infirmières.

De manière générale, les matrices de corrélation temps 1 et du temps 1 au temps 2 corroborent les hypothèses conceptuelles et attestent que :

- Les ressources (leadership authentique) présentent des corrélations positives avec le bien-être ainsi que des corrélations négatives avec la détresse et l'intention de quitter.
- Les contraintes liées à un leadership tyrannique sont corrélées de manière constante dans le temps à une augmentation des symptômes de détresse ainsi qu'aux intentions de départ.

Ces corrélations confirment le cadre théorique du modèle JD-R de Bakker et Demerouti (2017) ainsi que la validité empirique des hypothèses H1 et H2, lesquelles postulent que le leadership exerce une influence prédictive distincte sur la santé psychologique et la rétention du personnel infirmier.

3.3.4.2 Corrélations avec les variables de contrôle

L'analyse des corrélations entre les variables principales et les variables de contrôle a pour objectif d'examiner si certaines caractéristiques sociodémographiques ou professionnelles (âge, sexe, ancienneté, niveau d'éducation, statut d'emploi) présentent une association significative avec les dimensions fondamentales du modèle (bien-être, détresse, intention de quitter, leadership authentique, leadership tyrannique). Cette phase vise à établir si ces variables sont susceptibles d'influencer les relations fondamentales du modèle et doivent, en conséquence, être incorporées en tant que covariables dans les analyses de régression ou les modèles structurels subséquents (Becker, 2005).

3.3.4.2.1 Analyse transversale (temps 1)

Les corrélations de Pearson entre les variables de contrôle et les variables principales au premier point de mesure (temps 1) sont exposées dans le Tableau 20. Les résultats mettent en évidence un nombre restreint de corrélations significatives, ce qui laisse supposer que les caractéristiques sociodémographiques ont une influence limitée sur les variables psychologiques analysées.

- L'âge manifeste une corrélation positive avec le bien-être ($r = 0,12$; $p < 0,01$) et une corrélation négative avec la détresse ($r = -0,10$; $p < 0,05$), ce qui suggère que les participantes et participants d'un âge plus avancé ont tendance à déclarer un équilibre psychologique supérieur.
- L'ancienneté professionnelle présente une corrélation négative faible avec l'intention de quitter ($r = -0,15$; $p < 0,001$), ce qui témoigne d'une stabilité professionnelle accrue chez les infirmières expérimentées.

- Le niveau d'éducation présente une corrélation faible avec la perception du leadership authentique ($r = 0,09$; $p < 0,05$), sans qu'aucune relation significative ne soit observée avec la détresse ou le bien-être.
- Le sexe (1 = femme ; 0 = homme) ne présente de corrélation significative avec aucune variable centrale, ce qui indique une homogénéité des perceptions entre les genres.

Ces résultats s'accordent avec les recherches précédentes (Boudrias et al., 2011; Gilbert et al., 2011) qui démontrent que les variables sociodémographiques exercent une influence limitée sur la santé psychologique dès lors que les variables organisationnelles sont prises en considération.

Tableau 20 : Corrélations de Pearson entre les variables principales et les variables de contrôle – temps 1 (N = 886)

Variables	Âge	Sexe	Ancienneté	Niveau d'éducation	Statut d'emploi
Bien-être psychologique (ÉMMBEP)	0,12**	0,03	0,08	0,05	0,04
Détresse psychologique	-0,10*	-0,02	-0,06	-0,03	-0,04
Intention de quitter	-0,08	-0,01	-0,15***	-0,05	-0,03
Leadership authentique	0,07	0,04	0,05	0,09*	0,03
Leadership tyrannique	-0,04	-0,02	-0,05	-0,01	-0,03

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. *

Ces résultats indiquent que les caractéristiques sociodémographiques exercent une influence restreinte sur les perceptions relatives au climat de travail ainsi qu'à la santé psychologique. Les analyses ultérieures (section 3.3.5) intégreront néanmoins l'âge et l'ancienneté en tant que variables de contrôle, compte tenu de leurs corrélations significatives.

3.3.4.2.2 Analyse longitudinale (du temps 1 au temps 2)

Les corrélations établies entre les variables de contrôle au temps 1 et les variables principales au temps 2 (N = 406) sont présentées dans le Tableau 21. L'objectif consiste à apprécier la stabilité temporelle de l'influence sociodémographique et à examiner si les caractéristiques individuelles permettent de prédire l'évolution de la santé psychologique ou des perceptions du leadership. Les résultats révèlent :

- Une corrélation modérée entre l'âge et le bien-être au temps 2 ($r = 0,13$; $p < 0,01$) vient confirmer l'existence d'un effet protecteur lié à l'expérience professionnelle acquise avec l'âge.
- Une corrélation négative a été observée entre l'ancienneté et l'intention de quitter au temps 2 ($r = -0,17$; $p < 0,001$), ce qui vient corroborer l'hypothèse d'un renforcement de l'ancrage organisationnel au fil de l'expérience.

Tableau 21 : Corrélations entre les variables de contrôle (temps 1) et les variables principales (temps 2) – N = 406

Variables (TEMPS 1)	Bien-être (TEMPS 2)	Détresse (TEMPS 2)	Intention de quitter (TEMPS 2)	Leadership authentique (TEMPS 2)	Leadership tyrannique (TEMPS 2)
Âge	0,13**	-0,09*	-0,07	0,06	-0,04
Sexe	0,03	0,02	0,01	0,04	-0,02
Ancienneté	0,08	-0,06	-0,17***	0,03	-0,05
Niveau d'éducation	0,04	0,03	0,02	0,05	0,01
Statut d'emploi	0,02	0,01	-0,04	0,02	0,03

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. *

- Aucun lien significatif n'a été observé entre les variables de contrôle et les dimensions du leadership au temps 2, ce qui suggère que les perceptions relatives au style de gestion restent indépendantes des caractéristiques individuelles.

Ces résultats mettent en évidence la constance temporelle des corrélations sociodémographiques, tout en confirmant que leur influence reste subordonnée à celle des variables organisationnelles. Par conséquent, les analyses longitudinales ultérieures (section 3.3.5) prendront en compte ces effets, sans toutefois les envisager comme des facteurs explicatifs majeurs.

Les variables sociodémographiques (âge, sexe, ancienneté, niveau d'éducation, statut professionnel) exercent uniquement une influence marginale et constante sur les indicateurs de santé psychologique ainsi que sur les perceptions du leadership. Les résultats corroborent les études précédentes (Boudrias et al., 2011; Gilbert et al., 2011) qui démontrent que les facteurs organisationnels, notamment la qualité du leadership et le climat de travail, constituent des prédicteurs nettement plus influents du bien-être, de la détresse et de l'intention de quitter que les caractéristiques individuelles.

3.3.4.3 Synthèse d'interprétation

La présente section a pour objectif d'intégrer et d'interpréter les résultats corrélationnels majeurs afin de dégager une compréhension globale des relations observées entre les variables examinées. Cette synthèse offre la possibilité d'articuler les analyses transversales (temps 1) et longitudinales (du temps 1 au temps 2) au sein d'une perspective cohérente, en mettant en lumière les tendances convergentes, les évolutions temporelles ainsi que les implications théoriques.

L'objectif consiste à établir les relations entre les dimensions du leadership, la santé psychologique et l'intention de quitter, dans le cadre conceptuel du modèle JD-R (Job Demands–Resources Theory), en tenant compte des effets des variables de contrôle.

3.3.4.3.1 Généralisation approche transversale (temps 1)

Les résultats transversaux (temps 1) révèlent une structure relationnelle cohérente et conforme aux attentes théoriques entre les construits. Le leadership authentique apparaît comme étant positivement corrélé au bien-être psychologique ($r = 0,41$; $p < 0,001$) et négativement lié à la détresse psychologique ($r = -0,34$; $p < 0,001$), de même qu'à l'intention de quitter ($r = -0,28$; $p < 0,001$). À l'inverse, le leadership tyrannique présente des corrélations significatives et inversées : une association positive avec la détresse ($r = 0,44$; $p < 0,001$) et l'intention de quitter ($r = 0,40$; $p < 0,001$), ainsi qu'une association négative avec le bien-être ($r = -0,36$; $p < 0,001$).

Ces résultats corroborent l'importance explicative du style de leadership dans la dynamique du bien-être psychologique des infirmières, en accord avec les recherches menées par Gilbert et al. (2011) ainsi que de Walumbwa et al. (2008). Ils soutiennent également le principe fondamental du modèle JD-R, selon lequel les ressources organisationnelles (telles qu'un leadership à la fois soutenant et transparent) sont directement associées à des indicateurs positifs de santé psychologique ainsi qu'à une intention accrue de rétention.

3.3.4.3.2 Généralisation approche longitudinale (du temps 1 au temps 2)

L'analyse longitudinale révèle la permanence temporelle des relations observées ainsi que leur capacité prédictive. Sur une durée d'environ six mois, les corrélations croisées attestent que le leadership authentique évalué au temps 1 constitue un prédicteur d' :

- une amélioration du bien-être au temps 2 ($r = 0,28$; $p < 0,001$),
- une réduction de la détresse au temps 2 ($r = -0,27$; $p < 0,001$),
- ainsi qu'une diminution de l'intention de quitter au temps 2 ($r = -0,25$; $p < 0,001$).

Inversement, un leadership tyrannique au temps 1 est associé à une augmentation de la détresse ($r = 0,31$; $p < 0,001$) ainsi qu'à une élévation de l'intention de quitter ($r = 0,33$; $p < 0,001$)

au temps 2. Ces corrélations longitudinales attestent de la persistance ainsi que de la direction causale vraisemblable de l'influence du leadership sur la santé psychologique et la fidélisation. Le bien-être mesuré au temps 1 constitue un facteur protecteur, étant négativement corrélé avec la détresse ($r = -0,30$; $p < 0,001$) ainsi qu'avec l'intention de quitter au temps 2 ($r = -0,24$; $p < 0,001$), tandis que la détresse initiale prédit une diminution subséquente du bien-être ($r = -0,34$; $p < 0,001$). Ces constatations indiquent une réciprocité modérée, tout en témoignant d'une tendance générale à la stabilité des schémas psychologiques parmi le personnel infirmier.

3.3.4.3.3 Intégration conceptuelle

Les résultats conjoints (temps 1 et du temps 1 au temps 2) attestent que le leadership authentique constitue une ressource organisationnelle essentielle, favorisant la santé psychologique ainsi que la fidélisation du personnel, tandis que le leadership tyrannique s'impose comme une contrainte psychosociale compromettant le bien-être et incitant aux intentions de départ (Tableau 22).

Ces effets s'intègrent parfaitement au cadre théorique du modèle JD-R, dans lequel un leadership bienveillant favorise la mobilisation des ressources personnelles (autonomie, sens, efficacité) et atténue l'impact des exigences professionnelles (Bakker et Demerouti, 2017). Ils confirment également les conclusions de Schaufeli et Bakker (2010) concernant l'engagement et la motivation au travail : la qualité du climat de leadership représente un facteur déterminant majeur de la vitalité psychologique ainsi que de la performance organisationnelle. Le Tableau 22 offre une synthèse organisée des relations majeures relevées lors des deux périodes de mesure.

Tableau 22 : Synthèse des corrélations principales entre le temps 1 et le temps 2

Variables associées	Direction du lien	Intensité (r)	Signification	Interprétation synthétique
Leadership authentique → Bien-être	positif	0,41 à 0,28	p < 0,001	Ressource favorisant la santé psychologique
Leadership authentique → Détresse	négative	−0,34 à −0,27	p < 0,001	Effet protecteur contre la détresse
Leadership authentique → Intention de quitter	Négative	−0,28 à −0,25	p < 0,001	Réduction du risque de départ
Leadership tyrannique → Détresse	positive	0,44 à 0,31	p < 0,001	Source de détresse psychologique
Leadership tyrannique → Intention de quitter	Positive	0,40 à 0,33	p < 0,001	Augmentation des intentions de départ
bien-être → détresse (du temps 1 au temps 2)	Négative	−0,30	p < 0,001	Facteur protecteur durable
détresse → bien-être (du temps 1 au temps 2)	Négative	−0,34	p < 0,001	Influence inverse confirmée

L'ensemble des résultats met en évidence que les dynamiques de leadership représentent un levier fondamental pour appréhender la santé psychologique au sein du milieu professionnel. Le leadership authentique, en raison de sa transparence, de son intégrité et de son attention portée aux autres, favorise le bien-être tout en limitant la détresse ainsi que le désengagement. À l'inverse, le leadership tyrannique, défini par le contrôle, l'humiliation et la domination, compromet la santé psychologique et favorise l'intention de quitter. Ces observations s'inscrivent dans une optique d'optimisation des pratiques managériales en milieu infirmier, indiquant que la formation des cadres ainsi que la valorisation du leadership éthique constituent des axes privilégiés pour prévenir la détresse et le turnover. La constance des corrélations entre le temps 1 et le temps 2 vient

corroborer l'hypothèse d'une influence pérenne du climat de leadership sur l'évolution de la santé psychologique du personnel.

3.3.5. Vérification des hypothèses

Cette section vise à procéder à une évaluation empirique des hypothèses énoncées dans le cadre du modèle théorique de la recherche. Les hypothèses concernent les relations directionnelles entre le leadership authentique, le leadership tyrannique, la santé psychologique (comprenant le bien-être et la détresse) ainsi que l'intention de quitter. Les analyses de régression hiérarchique (temps 1) et de régression multiple (du temps 1 au temps 2) offrent la possibilité d'évaluer la robustesse, la direction et la significativité statistique des relations hypothétiques. Les résultats sont exposés de manière distincte pour les analyses transversales (temps 1) et longitudinales (du temps 1 au temps 2).

3.3.5.1 Contrôles préalables et vérification des postulats

Avant d'entamer la vérification des hypothèses principales, il est impératif de s'assurer que les conditions statistiques essentielles aux analyses de régression et de modélisation structurelle sont dûment respectées. Ces vérifications préliminaires garantissent la validité interne, la précision des coefficients ainsi que la fiabilité des inférences statistiques (Field, 2018; Tabachnick et al., 2019). Les analyses ont été réalisées de manière distincte pour les données transversales (temps 1) et longitudinales (du temps 1 au temps 2), conformément aux recommandations formulées par Kline (2016) ainsi que par Hair et al. (2019).

3.3.5.1.1 Validation des hypothèses pour l'analyse transversale (temps 1)

Les analyses préliminaires réalisées ont concerné la normalité, la linéarité, l'homoscédasticité, la multicollinéarité ainsi que l'indépendance des erreurs (Tableau 23). Ces

postulats sont essentiels pour garantir la validité des régressions multiples ainsi que des analyses factorielles confirmatoires.

Tableau 23 : Contrôles statistiques préalables – Analyse transversale (temps 1)

Postulat	Indicateur / Test	Résultats observés	Seuil de référence	Interprétation
Normalité	Asymétrie (Skewness) / Acuité (Kurtosis)	-1,2 à +1,1 / -0,9 à +1,3	$\pm 2,0$ / $\pm 3,0$	Acceptable
Linéarité	Graphique de dispersion	Relations linéaires observées	—	Postulat respecté
Homoscédasticité	Résidus standardisés	Variance constante	—	Postulat respecté
Multicolinéarité	VIF	1,13 à 2,85	$< 5,0$	Aucune multicolinéarité
Indépendance des erreurs	Durbin–Watson	1,82 à 2,15	$\approx 2,0$	Acceptable

- Normalité : les coefficients d’asymétrie (skewness) et d’aplatissement (kurtosis) oscillent entre -1,2 et +1,1, ce qui respecte les seuils de $\pm 2,0$ et $\pm 3,0$ suggérés par Kline (2016). Les distributions sont par conséquent qualifiées de normales.
- Linéarité : les nuages de points illustrent des relations linéaires entre les variables prédictives et les variables dépendantes, sans aucune courbure ni discontinuité.
- Homoscédasticité : la variance des erreurs reste constante à tous les niveaux des variables explicatives, comme l’illustrent les diagrammes de dispersion des résidus.
- Multicolinéarité : les facteurs d’inflation de variance (VIF) oscillent entre 1,13 et 2,85, demeurant en deçà du seuil critique de 5,0 (Hair et al., 2019), ce qui témoigne de l’absence de redondance excessive parmi les prédicteurs.
- Indépendance des erreurs : le test de Durbin–Watson fournit des valeurs qui varient entre 1,82 et 2,15, se rapprochant de 2,0, ce qui atteste de l’absence d’autocorrélation des résidus.

Ces résultats démontrent que les conditions statistiques de base sont satisfaites, autorisant la conduite des analyses de régression multiple au temps 1.

3.3.5.1.2 Validation des hypothèses pour l'analyse longitudinale (du temps 1 au temps 2)

Les mêmes tests ont été effectués sur le fichier longitudinal dans le but de vérifier la stabilité ainsi que la validité des modèles prédictifs. Les résultats corroborent la conformité aux postulats requis pour les régressions hiérarchiques ainsi que pour les analyses structurelles (Tableau 24).

- Normalité : les valeurs de l'asymétrie (skewness) variant de $-0,98$ à $+0,92$ et celles du kurtosis oscillant entre $-0,89$ et $+1,12$ suggèrent une distribution normale des données.
- Linéarité : les diagrammes de dispersion illustrant les variables T1 et T2 révèlent des relations linéaires évidentes.
- Homoscédasticité : les résidus se répartissent de manière uniforme autour de la ligne de régression, attestant ainsi de l'homoscédasticité.
- Multicolinéarité : les facteurs d'inflation de la variance (VIF) varient entre 1,20 et 3,05, demeurant largement en deçà du seuil de 5,0, ce qui témoigne de l'indépendance des prédicteurs.
- Indépendance des erreurs : les résultats du test de Durbin–Watson, qui se situent entre 1,91 et 2,06, attestent de l'absence d'autocorrélation. L'analyse des distances de Cook et de Mahalanobis révèle que moins de 2,0 % des cas sont considérés comme influents, ce qui est jugé négligeable.

Les postulats statistiques étant respectés, les analyses longitudinales peuvent être interprétées avec confiance. Aucune transformation de variable n'a été nécessaire, et la distribution des résidus satisfait aux critères de normalité multivariée exigés pour les modèles de régression hiérarchique et les analyses d'équations structurelles sous AMOS.

Tableau 24 : Contrôles statistiques préalables – Analyse longitudinale (du temps 1 au temps 2)

Postulat	Indicateur / Test	Résultats observés	Seuil de référence	Interprétation
Normalité	Asymétrie / Kurtosis	–0,98 à +0,92 / –0,89 à +1,12	±2,0 / ±3,0	Acceptable
Linéarité	Graphique de dispersion	Relations linéaires observées	—	Postulat respecté
Homoscédasticité	Résidus standardisés	Variance constante	—	Postulat respecté
Multicolinéarité	VIF	1,20 à 3,05	< 5,0	Aucune multicolinéarité
Indépendance des erreurs	Durbin–Watson	1,91 à 2,06	≈ 2,0	Acceptable
Valeurs extrêmes	Distance de Cook / Mahalanobis	< 0,50 / < 21,0	< 1,0 / < 25,0	Aucun cas influent

Note; VIF (Variance Inflation Factor), ou facteur d'inflation de la variance.

Les résultats des vérifications préliminaires indiquent que les modèles statistiques satisfont aux postulats fondamentaux nécessaires à l'application des régressions multiples ainsi que des analyses structurelles :

- les distributions des variables présentent une normalité;
- les erreurs sont indépendantes et présentent une homoscédasticité;
- les prédicteurs ne manifestent pas de colinéarité problématique;
- aucun cas extrême ne remet en question la solidité des résultats obtenus.

Par conséquent, les analyses subséquentes peuvent être effectuées dans des conditions de validité statistique optimales, tant pour l'analyse transversale que pour l'analyse longitudinale.

3.3.5.2 Vérification de l'hypothèse H1 : Effets directs de l'intention de quitter sur la santé psychologique

L'hypothèse H1 stipule que l'intention de quitter exerce un effet direct sur la santé psychologique du personnel infirmier. Elle se décline en deux sous-hypothèses :

- **H1a.** Une intention plus élevée de quitter est associée à un **bien-être psychologique plus faible**.
- **H1b.** Une intention plus élevée de quitter est associée à une **détresse psychologique plus élevée**.

Ces prédictions s'appuient sur la littérature mettant en évidence le rôle du désengagement cognitif et affectif dans la détérioration de la santé psychologique au travail. Dans un contexte à forte charge émotionnelle comme les soins infirmiers, l'intention de quitter peut représenter un indicateur avancé de rupture psychologique menaçant la stabilité émotionnelle et la capacité d'adaptation.

Afin de vérifier ces deux sous-hypothèses, deux approches analytiques sont mobilisées :

- (1) une analyse **transversale**, permettant d'évaluer la relation au temps 1, et
- (2) une analyse **longitudinale**, évaluant la valeur prédictive de l'intention de quitter entre le temps 1 et le temps 2.

3.3.5.2.1 Analyse transversale (temps 1)

L'analyse transversale vise à examiner les associations entre variables **au même moment de mesure**. Dans le cadre de la vérification de H1, cette approche permet de déterminer si l'intention de quitter est **immédiatement liée** au bien-être et à la détresse psychologiques. Elle fournit un portrait synchronique des mécanismes psychologiques déjà présents chez les infirmières au temps 1 et permet de vérifier si les tendances prédictives attendues apparaissent déjà **de manière instantanée**, sans attendre l'évolution temporelle. Cette étape est nécessaire pour établir une première validation empirique des effets directs avant d'examiner leur persistance ou leur amplification sur une base temporelle.

3.3.5.2.1.1 Effet de l'intention de quitter sur le bien-être psychologique (H1a)

Les analyses de régression montrent que l'intention de quitter est associée à une diminution significative du bien-être psychologique. Le modèle est statistiquement significatif, $F(1, 884) = 245,98$, $p < 0,001$, et explique environ 30 % de la variance du bien-être. L'effet observé est négatif, important et hautement significatif ($\beta = -0,47$, $t = -15,68$, $p < 0,001$), indiquant qu'un niveau plus élevé d'intention de quitter s'accompagne d'une baisse notable du sentiment de vitalité, de satisfaction émotionnelle et de stabilité psychologique.

3.3.5.2.1.2 Effet de l'intention de quitter sur la détresse psychologique (H1b)

L'analyse transversale révèle également que l'intention de quitter est un prédicteur direct de la détresse psychologique. Le modèle est significatif, $F(1, 884) = 378.37$, $p < 0,001$, expliquant environ 30 % de la variance de la détresse. L'effet est positif, puissant et hautement significatif ($\beta = 0,55$, $t = +19,45$, $p < 0,001$), démontrant qu'une forte intention de quitter s'associe à un niveau accru d'anxiété, de tension émotionnelle et de perturbation psychique.

3.3.5.2.2 Analyse longitudinale (temps 1 → temps 2)

Renvoi vers H3. Le test longitudinal de l'effet de l'intention de quitter sur la santé psychologique constitue par construction le prolongement temporel de H1. Il est présenté une seule fois à la section 3.3.5.4, sous l'hypothèse H3, qui en constitue le cadre conceptuel approprié.

3.3.5.3 Vérification de l'hypothèse H2 : Effets modérateurs du leadership

L'hypothèse H2 prévoit que le leadership influence la relation entre l'intention de quitter et la santé psychologique, en modulant la force et la direction de cet effet. Elle comprend deux sous-hypothèses :

- **H2a.** Le leadership authentique modère la relation entre l'intention de quitter et la santé psychologique, **en atténuant** l'impact négatif de l'intention de quitter.
- **H2b.** Le leadership tyrannique modère la relation entre l'intention de quitter et la santé psychologique, **en amplifiant** l'impact négatif de l'intention de quitter.

Le leadership est ainsi conceptualisé comme un facteur contextuel susceptible d'influencer le vécu psychologique du personnel. Tester cette modération permet d'évaluer si la qualité du lien hiérarchique constitue un **amortisseur** (leadership authentique) ou un **amplificateur** (leadership tyrannique) des répercussions du désengagement.

Les analyses sont effectuées d'abord en **transversal (temps 1)**, puis en **longitudinal (du temps 1 au temps 2)** afin d'examiner si le rôle modérateur est présent :

- immédiatement, au moment de la mesure (temps 1)
- de manière différée, dans l'évolution de la santé psychologique (du temps 1 au temps 2)

3.3.5.3.1 Analyse transversale (temps 1)

L'analyse transversale permet d'examiner si, **au temps 1**, les styles de leadership modifient la force de l'association entre l'intention de quitter et la santé psychologique. Cette approche met en lumière la dynamique psychologique **instantanée** : elle indique si le contexte relationnel immédiat (authentique ou tyrannique) constitue un élément qui façonne la manière dont les infirmières vivent leur intention de quitter. Elle offre donc un premier niveau d'évaluation du rôle modérateur du leadership.

3.3.5.3.1.1 Modération du leadership authentique (H2a)

Les résultats de la régression modérée (Tableau 25) indiquent un **effet d'interaction significatif** entre l'intention de quitter et le leadership authentique dans la prédiction du bien-être psychologique. L'interaction est faible, mais significative ($\beta = -0,09$, $p = 0,047$), ce qui suggère

que le leadership authentique modifie la relation entre l'intention de quitter et le bien-être : plus le leadership authentique est élevé, plus la pente négative entre intention de quitter et bien-être s'accroît légèrement. Dans la prédiction de la détresse psychologique, l'interaction n'est pas significative ($\beta = -0,07$, $p = ns$), ce qui indique l'absence d'effet modérateur transversal pour cette dimension.

Tableau 25 : Effets modérateurs du leadership authentique sur la relation Intention de quitter → Santé psychologique (temps 1)

Relation modérée	β (interaction)	p
Intention → Bien-être	-0,09	0,047
Intention → Détresse	-0,07	n.s.

3.3.5.3.1.2 Modération du leadership tyrannique (H2b)

Les analyses transversales révèlent un **effet modérateur significatif et marqué** du leadership tyrannique. L'interaction intensifie la relation entre l'intention de quitter et la santé psychologique :

- pour le bien-être, l'interaction est significative ($\beta = -0,14$, $p = 0,020$),
- pour la détresse, l'effet est très marqué ($\beta = 0,20$, $p < 0,001$).

Ces résultats indiquent que plus le leadership tyrannique est présent, plus l'impact négatif de l'intention de quitter est amplifié.

3.3.5.3.2 Analyse longitudinale (temps 1 → temps 2)

L'analyse longitudinale vise à déterminer si le rôle modérateur du leadership se maintient ou se transforme dans le temps. En examinant la relation entre l'intention de quitter au temps 1 et la santé psychologique au temps 2, tout en contrôlant les niveaux initiaux, il devient possible

d'évaluer si le leadership constitue un **protecteur durable**, un **facteur de risque**, ou si son influence est uniquement immédiate. Cette analyse ajoute une dimension temporelle essentielle : elle permet d'évaluer l'effet modérateur **sur le changement psychologique**, et non seulement sur l'état psychologique présent.

3.3.5.3.2.1 Modération du leadership authentique (H2a)

Les résultats longitudinaux montrent que le leadership authentique exerce un effet modérateur significatif dans les deux modèles, bien que de faible amplitude :

- Intention → Bien-être au temps 2 : $\beta = -0,101$, $p = 0,010$
- Intention → Détresse au temps 2 : $\beta = -0,099$, $p = 0,011$

Ces coefficients indiquent que le leadership authentique **atténue partiellement** la dégradation future de la santé psychologique associée à l'intention de quitter. Les infirmières percevant un leadership authentique plus élevé présentent une diminution moindre du bien-être et une augmentation moindre de la détresse entre le temps 1 et le temps 2.

3.3.5.3.2.2 Modération du leadership tyrannique (H2b)

L'analyse longitudinale montre que le leadership tyrannique exerce également une influence modératrice :

- Intention → Bien-être au temps 2 : $\beta = -0,088$, $p = 0,024$
- Intention → Détresse au temps 2 : $\beta = 0,110$, $p = 0,008$

Bien que l'effet soit moins prononcé qu'en transversal, le leadership tyrannique continue d'accentuer l'impact négatif de l'intention de quitter sur la détérioration de la santé psychologique dans le temps.

En somme, les analyses transversales et longitudinales confirment que le leadership joue un rôle déterminant dans la manière dont l'intention de quitter affecte la santé psychologique :

- **H2a est partiellement confirmée** : le leadership authentique exerce un effet modérateur faible, mais significatif, particulièrement en longitudinal, où il **atténue** la dégradation psychologique associée à l'intention de quitter.
- **H2b est pleinement confirmée** : le leadership tyrannique amplifie l'effet négatif de l'intention de quitter, tant sur le bien-être que sur la détresse, de manière immédiate et différée.

Ainsi, le leadership apparaît comme un **levier contextuel central**, capable de modifier la trajectoire psychologique liée au désengagement professionnel.

3.3.5.4 – Vérification de l'hypothèse H3 : Effets longitudinaux directs

L'hypothèse H3 vise à déterminer si l'intention de quitter au temps 1 exerce un effet **direct et prospectif** sur la santé psychologique au temps 2, au-delà des niveaux initiaux de bien-être et de détresse.

Elle se divise en deux sous-hypothèses :

- **H3a.** L'intention de quitter au temps 1 prédit une **baisse du bien-être psychologique au temps 2**, après contrôle du bien-être initial.
- **H3b.** L'intention de quitter au temps 1 prédit une **hausse de la détresse psychologique au temps 2**, après contrôle de la détresse initiale.

Cette hypothèse occupe une place centrale dans le modèle conceptuel, car elle évalue la capacité de l'intention de quitter à **anticiper l'évolution future** de la santé psychologique, ce qui permet d'apprécier sa fonction de facteur de risque durable plutôt qu'un simple indicateur corrélé à l'état psychologique actuel.

Les analyses sont réalisées exclusivement en **longitudinal (du temps 1 au temps 2)**, conformément à la nature même de l'hypothèse h3. en effet, l'analyse longitudinale est indispensable pour tester l'hypothèse H3, car elle permet de déterminer si une variable mesurée à un temps donné (l'intention de quitter au temps 1) prédit **une variation ultérieure** dans les indicateurs de santé psychologique au temps 2. Ce type d'analyse offre plusieurs avantages méthodologiques :

1. **Contrôle des niveaux initiaux** : en intégrant le bien-être ou la détresse au temps 1 comme covariable, on s'assure que l'effet observé reflète un **changement réel dans le temps**, et non une simple corrélation de base.
2. **Établissement d'une directionnalité statistique** : bien qu'il ne s'agisse pas de causalité au sens strict, l'effet longitudinal met en lumière une **précédence temporelle**, élément essentiel de l'inférence causale.
3. **Évaluation de l'impact durable du désengagement** : l'intention de quitter peut représenter un processus cognitif et affectif qui s'accumule et fragilise progressivement la santé psychologique. Le design longitudinal permet de tester cette dynamique.

Ainsi, le recours à une approche longitudinale est nécessaire pour valider H3, qui porte spécifiquement sur les **effets temporels directs**.

3.3.5.4.1 Résultats longitudinaux (du temps 1 au temps 2)

3.3.5.4.1.1 Intention de quitter au temps 1 → Bien-être psychologique au temps 2 (H3a)

Lorsque les niveaux initiaux de bien-être sont contrôlés, l'intention de quitter au temps 1 demeure un prédicteur significatif du bien-être au temps 2. Les résultats indiquent un effet négatif de faible amplitude : $\beta = -0,096$, $p = 0,030$

Ce résultat montre que les infirmières exprimant une intention élevée de quitter leur emploi au temps 1 tendent, au temps 2, à présenter une diminution supplémentaire de leur bien-être, même si leur niveau de bien-être initial est pris en compte.

3.3.5.4.1.2 Intention de quitter temps 1 → détresse psychologique temps 2 (H3b)

En contrôlant la détresse initiale, l'intention de quitter prédit de manière significative une augmentation de la détresse psychologique au temps 2. L'effet observé est plus marqué que pour le bien-être : $\beta = 0,151, p = 0,001$

L'intention de quitter apparaît ainsi comme un prédicteur temporel substantiel de la détérioration de la santé émotionnelle, confirmant que le désengagement anticipé contribue à l'aggravation future de la détresse.

En somme, les résultats des analyses longitudinales confirment les deux sous-hypothèses de H3 :

- **H3a est confirmée** : l'intention de quitter prédit une baisse significative du bien-être psychologique au temps 2, au-delà du niveau de départ.
- **H3b est confirmée** : l'intention de quitter prédit une hausse significative de la détresse psychologique au temps 2, même en tenant compte de la détresse initiale.

Ainsi, l'intention de quitter constitue un **facteur prédictif temporel robuste** de l'évolution de la santé psychologique. Ces résultats renforcent l'idée selon laquelle le désengagement anticipé n'est pas seulement un indicateur de l'état psychologique actuel, mais un processus dynamique susceptible d'engendrer une détérioration progressive du bien-être et une augmentation durable de la détresse.

3.3.5.5 – Vérification de l'hypothèse H4 : Analyses du modèle dynamique bidirectionnel

L'hypothèse H4 proposait que la relation entre la santé psychologique et l'intention de quitter s'inscrive dans une dynamique bidirectionnelle. Cette hypothèse se décline en deux sous-hypothèses :

- **H4a.** Une détresse psychologique plus élevée au temps 1 prédit une augmentation de l'intention de quitter au temps 2.
- **H4b.** Un niveau plus élevé de bien-être psychologique au temps 1 prédit une diminution de l'intention de quitter au temps 2.

Cette dynamique suggère que les fluctuations de la santé psychologique peuvent contribuer à l'évolution de l'intention de quitter, sans permettre d'établir une causalité stricte. Pour tester ces relations croisées, des modèles longitudinaux croisés (cross-lagged panel models) ont été estimés. Ces modèles permettent d'évaluer simultanément l'effet prédictif de la santé psychologique initiale sur l'intention de quitter ultérieure, tout en contrôlant les niveaux de base et la stabilité temporelle des variables.

3.3.5.5.1 Effets du bien-être psychologique temps 1 sur l'intention de quitter temps 2 (H4b)

Les analyses montrent que le bien-être psychologique mesuré au temps 1 est un prédicteur significatif de l'intention de quitter au temps 2. Cet effet, de faible à modérée amplitude, indique que les infirmières qui présentent un plus haut niveau de bien-être initial sont moins susceptibles d'accroître leur intention de quitter au cours de la période étudiée.

- **$\beta = -0,10$, $p = 0,032$**

Ce résultat confirme H4b, avec un effet d'amplitude modeste mais statistiquement significatif, confirmant le rôle protecteur du bien-être psychologique.

3.3.5.5.2 Effets de la détresse psychologique au temps 1 sur l'intention de quitter au temps 2 (H4a)

L'analyse du chemin détresse psychologique T1 → intention de quitter T2 révèle un résultat non significatif lorsque la stabilité temporelle de l'intention de quitter est contrôlée. Plus précisément, l'effet prospectif de la détresse psychologique sur l'évolution de l'intention de quitter n'est pas statistiquement significatif ($\beta = 0,08$, $p = 0,15$). Ce résultat indique que la détresse psychologique initiale ne permet pas de prédire significativement l'intention future de quitter lorsque le niveau initial d'intention de quitter est pris en compte. H4a n'est donc pas soutenue. Le Tableau 26 présente une synthèse des résultats obtenus pour les deux effets croisés examinés dans le cadre de H4.

Tableau 26 : Effets croisés du bien-être et de la détresse psychologique au temps 1 sur l'intention de quitter au temps 2

Prédicteur (T1)	B	p	Conclusion
Bien-être psychologique T1	-0,10	0,032	H4b confirmée : effet protecteur significatif
Détresse psychologique T1	0,08	0,15	H4a non soutenue : effet non significatif après contrôle

En somme, les analyses longitudinales montrent que la santé psychologique influence partiellement l'évolution de l'intention de quitter. Plus précisément, l'effet prospectif de la détresse psychologique sur l'intention de quitter n'est pas significatif une fois la stabilité temporelle de l'intention de quitter correctement contrôlée, ce qui conduit à ne pas soutenir H4a. En revanche, le bien-être psychologique exerce un effet protecteur modéré, mais significatif, en réduisant l'intention future de quitter, ce qui soutient H4b.

Ces résultats indiquent donc que la relation entre désengagement et santé psychologique n'est pas strictement unidirectionnelle, mais ils ne permettent pas non plus de conclure à une

bidirectionnalité complète. La dynamique observée est plutôt partiellement bidirectionnelle : l'intention de quitter contribue à la détérioration ultérieure de la santé psychologique, tandis que le bien-être psychologique agit en retour comme une ressource protectrice réduisant l'intention future de quitter. Cette dynamique sera approfondie dans le chapitre suivant afin d'en examiner les implications théoriques, organisationnelles et cliniques.

3.3.5.6 Analyses complémentaires

Les analyses complémentaires présentées dans cette section visent à enrichir la compréhension du modèle au-delà des hypothèses principales H1 à H4. Elles portent sur des relations ou des mécanismes non prévus par le cadre théorique initial, mais pertinents au regard des données empiriques. Ces analyses exploratoires permettent d'examiner des configurations spécifiques, des mécanismes alternatifs ou des variations entre sous-groupes, et ainsi d'offrir une vision plus nuancée des dynamiques psychosociales à l'œuvre dans le milieu infirmier.

Ces explorations doivent être interprétées comme des analyses additionnelles contribuant à la compréhension globale du phénomène, sans valeur de validation théorique directe pour H1 à H4. Elles sont présentées ci-dessous de manière structurée.

3.3.5.6.1 Médiations exploratoires

Certaines variables organisationnelles (leadership authentique, climat de travail) ont été testées comme prédictes indirects de la santé psychologique via l'intention de quitter. Bien que ces médiations ne fassent pas partie du modèle conceptuel officiel, elles permettent d'examiner si l'intention de quitter constitue un mécanisme explicatif de l'effet du contexte organisationnel sur la santé psychologique.

Tableau 27 : Effets indirects des variables organisationnelles via l'intention de quitter

Modèle médiationnel	Variable prédictive	Méiateur	Outcome	Effet indirect	p
Modèle 1a	Leadership authentique	Intention de quitter	Bien-être	sig.	< 0,001
Modèle 1b	Leadership authentique	Intention de quitter	Détresse	sig.	< 0,001
Modèle 2a	Climat de travail	Intention de quitter	Bien-être	sig.	< 0,001
Modèle 2b	Climat de travail	Intention de quitter	Détresse	sig.	< 0,001

Deux modèles de médiation ont été testés (**Tableau 27**) à l'aide de la modélisation par équations structurelles (SEM), avec estimations *bootstrap* (5 000 échantillons) :

Modèle 1 : Leadership authentique → Intention de quitter → Santé psychologique

Les effets indirects étaient significatifs pour :

- le bien-être psychologique (**p < 0,001**)
- la détresse psychologique (**p < 0,001**)

Modèle 2 : Climat de travail → Intention de quitter → Santé psychologique

Les effets indirects étaient également significatifs pour :

- le bien-être psychologique (**p < 0,001**)
- la détresse psychologique (**p < 0,001**)

Ces résultats suggèrent un rôle potentiel de l'intention de quitter comme mécanisme organisationnel, sans toutefois constituer une hypothèse théorique officielle.

3.3.5.6.2 Analyses selon les sous-groupes sociodémographiques

Des analyses de sous-groupes ont été menées afin d'examiner si les relations principales du modèle varient selon certaines caractéristiques individuelles ou professionnelles. Les analyses ont été réalisées pour : l'âge, l'ancienneté, le type de poste, la situation d'emploi et le sexe.

Tableau 28 : Exemples d'effets différenciés selon les sous-groupes

Sous-groupe	Relation	B	Conclusion
Expérience ≥ 10 ans	Intention au temps 1 → Détresse au temps 2	0,173**	Effet amplifié
< 35 ans	Leadership tyrannique → Détresse	0,182**	Vulnérabilité plus élevée
Cadres	Leadership authentique → Bien-être	0,183**	Effet protecteur accru
Temps plein	Intention au temps 1 → Bien-être au temps 2	-0,107*	Effet présent uniquement à temps plein

Principaux constats :

- ✓ Les relations intention → santé psychologique sont **plus fortes chez les infirmières les plus expérimentées** (≥ 10 ans).
- ✓ Le leadership authentique exerce un effet protecteur **plus marqué chez les cadres** et les employées expérimentées.
- ✓ Le leadership tyrannique a un effet amplificateur **particulièrement marqué chez les plus jeunes**.
- ✓ Les effets longitudinaux de l'intention de quitter sont **plus nets chez les employées à temps plein**.

3.3.5.6.3 Profils psychosociaux (analyses de clusters)

Des analyses de classification (méthode de Ward combinée à un affinage par les moyennes des k) ont permis d'identifier quatre profils psychosociaux distincts au temps 1 :

- (1) **Équilibré-engagé**
- (2) **Fatigué, mais soutenu**
- (3) **Stressé et désengagé**
- (4) **Ambivalent en transition**

Tableau 29 : Profils psychosociaux au temps 1

Profil	Bien-être	Détresse	Leadership perçu	Intention de quitter
Équilibré-engagé	Élevé	Faible	Authentique fort	Faible
Fatigué, mais soutenu	Moyen	Moyen	Authentique modéré	Modérée
Stressé et désengagé	Faible	Élevé	Tyrannique fort	Élevée
Ambivalent en transition	Moyen	Moyen	Mixte	Élevée

Les analyses longitudinales montrent une **stabilité de 58 % à 66 %** selon les profils, ce qui révèle une forte inertie des états psychosociaux en milieu hospitalier.

3.3.5.6.4 Comparaison des effets transversaux et longitudinaux

Une comparaison descriptive a été effectuée pour examiner la stabilité des coefficients β entre les analyses transversales (temps 1) et longitudinales (du temps 1 au temps 2). Les effets transversaux restent présents longitudinalement, mais dans une amplitude réduite, traduisant une stabilité psychologique et organisationnelle notable au sein de l'échantillon.

Tableau 30 : Variation des coefficients entre les analyses transversales (T1) et longitudinales (T1-T2)

Relation	β (TEMPS 1)	β (DU TEMPS 1 AU TEMPS 2)	Conclusion
Intention → Bien-être	-0,12*	-0,096*	Atténuation
Intention → Détresse	0,18**	0,145**	Stabilité
Leadership authentique → Bien-être	0,32***	0,084*	Forte diminution
Leadership tyrannique → Détresse	0,29***	0,146**	Atténuation partielle

3.3.5.6.5 Synthèse des analyses complémentaires

Les analyses complémentaires permettent d'enrichir la compréhension des dynamiques étudiées au-delà des hypothèses principales. Elles montrent notamment que :

- ✓ l'intention de quitter peut jouer un rôle mécaniste indirect entre certaines ressources organisationnelles et la santé psychologique ;
- ✓ les relations du modèle varient selon les caractéristiques individuelles (âge, ancienneté, poste, statut) ;
- ✓ les profils psychosociaux sont relativement stables dans le temps ;
- ✓ les effets transversaux observés au temps 1 demeurent présents, quoiqu'atténués, au temps 2.

Ces résultats seront mobilisés dans la discussion afin de préciser les mécanismes explicatifs potentiels et d'identifier les implications pratiques pour la gestion des ressources humaines et le soutien au personnel infirmier.

3.3.6. Résumé des résultats obtenus

Cette section présente une synthèse structurée des résultats issus des analyses transversales, longitudinales et complémentaires. Elle vise à offrir une vue intégrée de la validité empirique du modèle conceptuel, en examinant les effets directs (H1), modérateurs (H2), longitudinaux (H3) et bidirectionnels (H4), ainsi que des analyses supplémentaires permettant d'affiner l'interprétation globale.

3.3.6.1 Validation des hypothèses principales

Les analyses confirment la plupart des relations prédictives attendues entre l'intention de quitter, le leadership et la santé psychologique. Les coefficients standardisés et leur significativité sont présentés dans le **Tableau 31**.

Tableau 31 : Validation des hypothèses principales

Hypothèse	Relation testée	TEMPS 1 (transversal)	DU TEMPS 1 AU TEMPS 2 (longitudinal)	Conclusion

H1a	Intention → Bien-être	$\beta = -0,47^{***}$	$\beta = -0,096^*$, $p = 0,030$	Effet négatif confirmé aux deux temps
H1b	Intention → Détresse	$\beta = +0,55^{***}$	$\beta = +0,151^{**}$, $p = 0,001$	Effet positif robuste aux deux temps
H2a	Leadership authentique × Intention	$\beta = -0,09^*$, $p = 0,047$	$\beta = -0,101^*$, $p = 0,010$	Partiellement confirmée : effet significatif, mais surtout interprétable longitudinalement comme effet protecteur différé.
H2b	Leadership tyrannique × Intention	$\beta \approx +0,20^{***}$	$\beta \approx +0,11^{**}$, $p < 0,01$	Effet amplificateur confirmé
H3a	Intention TEMPS 1 → Bien-être TEMPS 2	—	$\beta = -0,096^*$, $p = 0,030$	Effet longitudinal confirmé
H3b	Intention TEMPS 1 → Détresse TEMPS 2	—	$\beta = +0,151^{**}$, $p = 0,001$	Effet longitudinal confirmé
H4a	Détresse TEMPS 1 → Intention TEMPS 2	—	$\beta = +0,08$, $p = 0,15$	Non soutenue après contrôle
H4b	Bien-être TEMPS 1 → Intention TEMPS 2	—	$\beta = -0,10^*$, $p = 0,032$	Effet protecteur confirmé

** $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$*

Les résultats confirment de manière solide les relations prédictives directes et longitudinales du modèle. L'intention de quitter constitue un prédicteur important de la santé psychologique. Inversement, la santé psychologique contribue partiellement à l'évolution de l'intention de retrait professionnel : le bien-être psychologique exerce un effet protecteur significatif, tandis que l'effet de la détresse psychologique n'est pas significatif après contrôle.

3.3.6.2 Convergences et divergences entre analyses transversales et longitudinales

Les analyses révèlent une forte cohérence directionnelle entre les relations observées au temps 1 et celles mesurées entre le temps 1 et le temps 2 (Tableau 32). Toutefois, une atténuation partielle des amplitudes est visible à long terme.

Tableau 32 : Convergences et divergences entre les analyses transversales et longitudinales

Relation	Convergences	Divergences	Interprétation
Intention → Bien-être	Direction constante (–)	Amplitude réduite	Effet durable, mais atténué
Intention → Détresse	Effet stable	Légère diminution	Lien robuste stress–désengagement
Leadership authentique	Effet significatif, mais interprétation transversale prudente	Légère intensification au temps 2	Rôle protecteur surtout longitudinal; prudence pour l’effet transversal
Leadership tyrannique	Effet présent aux deux temps	Intensité réduite au temps 2	Possible habitude psychologique
Stabilité psychologique	$r \approx 0,70$	Variance limitée	Forte inertie temporelle

Les trajectoires psychologiques montrent une grande stabilité temporelle, ce qui réduit naturellement l’amplitude des effets longitudinaux.

3.3.6.3 Analyses complémentaires (médiations, sous-groupes, profils)

Des analyses additionnelles ont permis d’examiner des mécanismes ou variations contextuelles non inclus dans les hypothèses principales. Elles offrent un éclairage utile pour comprendre la diversité des trajectoires psychologiques. Ces analyses (Tableau 33) soulignent que l’intention de quitter peut agir comme mécanisme intermédiaire dans certaines dynamiques organisationnelles et que les parcours infirmiers ne sont pas homogènes.

Tableau 33 : Principaux résultats exploratoires

Analyse	Résultats principaux	Conclusion
Médiation organisationnelle 1	Leadership authentique → Intention → Santé : indirects significatifs	Le leadership influence la santé via l’intention
Médiation organisationnelle 2	Climat de travail → Intention → Santé : indirects significatifs	Le climat contribue indirectement au bien-être
Sous-groupes (âge, ancienneté, poste)	Effets intention → santé plus forte chez ≥ 10 ans ; leadership tyrannique plus dommageable chez < 35 ans	Variabilité selon les caractéristiques professionnelles
Profils psychosociaux (Ward + k-means)	Trois profils stables : soutenu-épanoui ; ambivalent ; fatigué-désengagé	Trajectoires distinctes d’adaptation et de vulnérabilité

Modèle inversé	Bien-être T1 → intention T2 : $\beta = -0,10$, $p = 0,032$; détresse T1 → intention T2 : $\beta = 0,08$, $p = 0,15$.	La bidirectionnalité est partiellement soutenue.

3.3.6.4 Synthèse finale des hypothèses validées

Tableau 34 : Synthèse des hypothèses

Catégorie	Validées	Partiellement confirmées	Interprétation
Effets directs (H1)	H1a, H1b	—	Relations directes cohérentes
Modération (H2)	H2b	H2a	Leadership tyrannique confirmé ; leadership authentique partiellement confirmé, avec un effet différé.
Longitudinal (H3)	H3b, H3a	—	Effets temporels modérés
Bidirectionnel (H4)	H4b	H4a non soutenue après contrôle	H4b validée ; H4a non soutenue après contrôle. La bidirectionnalité est partielle.
Global	Globalement soutenu	H4 partielle	Modèle théorique globalement soutenu, avec une confirmation partielle de la bidirectionnalité.

En somme, les résultats convergent vers un appui empirique global au modèle conceptuel. L'intention de quitter affecte la santé psychologique de manière directe et durable, tandis que la santé psychologique influence partiellement l'évolution de l'intention de quitter, principalement par l'effet protecteur du bien-être psychologique. Les styles de leadership modulent significativement ces processus, en renforçant (leadership tyrannique) ou en amortissant (leadership authentique) les effets psychologiques du désengagement. Les analyses complémentaires révèlent par ailleurs des variations liées aux caractéristiques professionnelles et des profils distincts de fonctionnement psychosocial.

Ce portrait d'ensemble met en lumière la nature systémique des mécanismes de désengagement en milieu infirmier et l'importance des ressources relationnelles, organisationnelles et émotionnelles pour soutenir la santé psychologique durable du personnel.

3.4. Discussion

3.4.1. Mise en perspective théorique des résultats

Les résultats obtenus dans cette étude s'inscrivent de manière cohérente dans les modèles théoriques contemporains portant sur la santé psychologique au travail, particulièrement le modèle Job Demands–Resources (JD-R) et la théorie de la Conservation des Ressources (COR). Ces cadres offrent une perspective intégrée permettant d'expliquer les effets directs, longitudinaux, modérateurs et bidirectionnels observés au sein du personnel infirmier.

Dans un premier temps, les effets directs de l'intention de quitter sur la santé psychologique (H1) corroborent l'idée selon laquelle le désengagement cognitif et affectif constitue une forme préliminaire d'épuisement psychologique. Conformément au modèle JD-R, l'intention de quitter peut être conceptualisée comme le résultat d'un déséquilibre prolongé entre les exigences du rôle infirmier et les ressources disponibles, une situation qui contribue à l'érosion du bien-être psychologique et à l'augmentation de la détresse. Les coefficients observés, bien que d'intensité modérée, confirment que l'intention de quitter agit comme un indicateur précoce, mais fiable d'un processus de désengagement en progression.

Le rôle modérateur des styles de leadership (H2) s'inscrit directement dans la logique des ressources proposées par le JD-R. Le leadership authentique agit comme une ressource interpersonnelle permettant de neutraliser une partie des effets délétères du désengagement, tandis que le leadership tyrannique constitue une demande additionnelle, exacerbant la détresse psychologique. Ces résultats convergent avec les travaux montrant que la qualité du leadership influence non seulement la perception des contraintes, mais également la capacité d'adaptation émotionnelle et motivationnelle des employés. Le fait que les deux formes de leadership

modulèrent significativement les relations intention–santé psychologique renforce l'idée que la supervision représente un levier organisationnel majeur pour la prévention du désengagement.

Sur le plan longitudinal, les résultats relatifs à H3 renforcent la validité temporelle du modèle. L'intention de quitter au temps 1 prédit à la fois une diminution du bien-être et une augmentation de la détresse psychologique au temps 2, bien que l'effet sur le bien-être soit plus faible. Ceci est cohérent avec les théories selon lesquelles les indicateurs positifs de santé tendent à être plus stables dans le temps, alors que les indicateurs de détresse sont plus sensibles aux fluctuations des conditions de travail. L'atténuation relative des effets au fil du temps peut également s'expliquer par la forte stabilité des variables psychologiques observée entre les deux temps de mesure, limitant ainsi la variance disponible pour détecter des changements substantiels. Néanmoins, la persistance des liens longitudinaux confirme que l'intention de quitter n'est pas une simple réaction passagère, mais bien un élément structurel de la dynamique psychologique des infirmières.

L'un des résultats théoriquement importants concerne l'appui partiel à l'hypothèse de bidirectionnalité entre la santé psychologique et l'intention de quitter (H4). Les analyses montrent que le bien-être psychologique au temps 1 exerce un effet protecteur significatif sur l'intention de quitter au temps 2, ce qui suggère qu'un niveau élevé de bien-être constitue une ressource susceptible de réduire les intentions de retrait professionnel. En revanche, l'effet prospectif de la détresse psychologique sur l'intention de quitter n'est plus significatif après contrôle de la stabilité temporelle de l'intention de quitter. Ainsi, conformément à la théorie de la conservation des ressources (COR), les résultats invitent à considérer la santé psychologique comme une dynamique de ressources et de vulnérabilités, mais ils ne permettent pas de conclure à une bidirectionnalité complète. La relation entre santé psychologique et désengagement doit plutôt être interprétée

comme partiellement circulaire, principalement portée par l'effet protecteur du bien-être psychologique.

Enfin, l'ensemble des résultats laisse entrevoir une dynamique systémique dans laquelle le désengagement, le style de leadership et la santé psychologique interagissent de manière complexe. La convergence des analyses transversales, longitudinales et complémentaires suggère que l'intention de quitter joue simultanément un rôle d'indicateur, de prédicteur et de catalyseur dans le processus de détérioration psychologique. Ce constat souligne l'importance de considérer la santé psychologique comme un phénomène évolutif influencé non seulement par les conditions organisationnelles, mais aussi par les attitudes cognitives et émotionnelles des individus.

3.4.2. Apports théoriques et contributions au modèle

3.4.2.1. Confirmation du modèle inversé de la relation “intention → santé psychologique”

L'un des apports significatifs de cette recherche réside dans la mise en évidence empirique d'un modèle prédictif inversé, selon lequel l'intention de quitter ne constitue pas uniquement une conséquence d'une mauvaise santé psychologique, mais représente également un facteur prédictif potentiel de sa dégradation. Les résultats transversaux obtenus au temps 1 ont tout d'abord confirmé que les infirmières affichant une intention de quitter plus prononcée présentent simultanément un niveau de bien-être psychologique réduit ($r = -0,47$, $p < 0,001$) ainsi qu'un niveau de détresse psychologique accru ($r = 0,55$, $p < 0,001$). Ces relations, corroborées par les régressions hiérarchiques longitudinales ($\beta = -0,096$, $p = 0,030$ pour le bien-être ; $\beta = 0,151$, $p = 0,001$ pour la détresse), indiquent que le désengagement intentionnel au temps 1 anticipe une détérioration de la santé psychologique au temps 2, et ce, même après avoir pris en compte les valeurs initiales de bien-être et de détresse.

Ces résultats représentent un renversement de perspective généralement acceptée dans la littérature (Maslach et Leiter, 1997; Schaufeli et Bakker, 2010), dans laquelle la détresse psychologique est considérée comme un indicateur de l'intention de quitter. En accord avec les théories de l'engagement organisationnel (Meyer et Allen, 1991) et de l'autodétermination (Deci et Ryan, 2000), l'intention de quitter constitue ici une discontinuité du lien motivationnel et identitaire entre l'individu et son organisation, une discontinuité qui précède une diminution du bien-être et une élévation de la détresse. En d'autres termes, le simple fait d'envisager un départ constitue un indicateur comportemental précoce d'une diminution des ressources internes — telles que le sens, l'énergie et le sentiment d'efficacité — initiant ainsi la spirale de perte décrite par Hobfoll (2002).

3.4.2.2. Intégration du désengagement intentionnel dans le modèle des Demandes–Ressources (JD-R)

Les données recueillies participent à l'enrichissement du modèle des Demandes–Ressources au Travail (JD-R) (Bakker et Demerouti, 2017) en intégrant de manière explicite la variable "intention de quitter" en tant qu'élément central du processus de désengagement. Dans ce contexte, l'intention de quitter occupe une position intermédiaire entre le déséquilibre des ressources et la santé psychologique, reflétant tant sur le plan cognitif qu'affectif la phase durant laquelle les ressources ne parviennent plus à répondre aux exigences. Les analyses transversales indiquent que cette intention coexiste avec une diminution du bien-être, tandis que les analyses longitudinales corroborent qu'elle engendre une perte progressive des ressources psychologiques à moyen terme.

Ce positionnement théorique vient enrichir la logique du modèle JD-R :

- ✓ tandis que le modèle traditionnel interprète la détresse comme étant causée par une surcharge de travail et un manque de soutien,
- ✓ le présent modèle illustre que le désengagement intentionnel représente la voie cognitive par laquelle cette surcharge se manifeste en une altération du bien-être.

Dès lors, la santé psychologique n'est plus considérée uniquement comme une réponse aux exigences extérieures, mais également comme le fruit d'un processus interne de retrait progressif. Ce processus témoigne d'une nouvelle temporalité dans la compréhension du désengagement : le malaise psychologique ne résulte pas uniquement du stress, mais également de la dégradation progressive du sens attribué au travail (Schaufeli, 2017).

3.4.2.3. Le leadership comme modulateur du processus de détérioration

Les résultats mettent en évidence le rôle déterminant que jouent les styles de leadership dans la modulation du lien entre l'intention de quitter et la santé psychologique. Les analyses longitudinales révèlent que le leadership agit comme un véritable amplificateur ou amortisseur des effets psychologiques associés au désengagement.

D'une part, le leadership authentique exerce une influence protectrice significative. L'interaction entre l'intention de quitter au temps 1 et le leadership authentique prédit une atténuation notable de la détérioration psychologique au temps 2. Plus précisément, les résultats indiquent que ce style de leadership réduit l'effet négatif de l'intention de quitter sur le bien-être ($\beta = -0,101$, $p = 0,010$) et atténue également son effet sur la détresse psychologique ($\beta = -0,099$, $p = 0,011$). Ces effets illustrent que la transparence, l'intégrité, la reconnaissance et la confiance caractéristiques du leadership authentique jouent un rôle de soutien essentiel dans les environnements à forte demande émotionnelle. Ce style de supervision contribue ainsi à préserver

les ressources internes des infirmières, favorisant la résilience, la cohérence identitaire et le maintien du sens au travail.

D'autre part, le leadership tyrannique agit comme un catalyseur de la dégradation psychologique. Les analyses montrent que l'interaction entre l'intention de quitter et ce style de leadership amplifie significativement l'impact négatif du désengagement sur la détresse psychologique ($\beta = +0,148$, $p < 0,001$). Ce résultat témoigne du caractère délétère d'un climat autoritaire, marqué par le contrôle, la menace, le blâme ou l'abus de pouvoir. Ces comportements managériaux renforcent la perte de sens, accentuent la dissonance cognitive, et aggravent la souffrance émotionnelle, particulièrement chez les professionnelles déjà engagées dans un processus de retrait psychologique. Le leadership tyrannique devient ainsi une source supplémentaire d'exigence, venant s'ajouter aux contraintes professionnelles et émotionnelles auxquelles sont confrontées les infirmières.

Pris ensemble, ces résultats démontrent que le leadership constitue un levier central dans la dynamique du désengagement professionnel. Le leadership authentique agit comme une ressource permettant de stabiliser la trajectoire psychologique et de réduire l'impact du désengagement sur la santé psychologique, tandis que le leadership tyrannique fonctionne comme une contrainte psychosociale supplémentaire accentuant la spirale de détérioration. Ce rôle modulateur s'intègre pleinement dans le modèle des Demandes–Ressources au Travail, où le leadership peut, selon sa nature, enrichir ou appauvrir le réservoir de ressources psychologiques nécessaires pour faire face aux exigences élevées du milieu infirmier.

3.4.2.4. Vers un modèle systémique et bidirectionnel

Les analyses longitudinales soutiennent une dynamique partiellement bidirectionnelle. L'effet prospectif de la détresse psychologique sur l'intention de quitter n'est plus significatif après

contrôle de la stabilité temporelle de l'intention de quitter ($\beta = 0,08$, $p = 0,15$). En revanche, le bien-être psychologique exerce un effet protecteur modeste mais significatif sur l'évolution de l'intention de quitter ($\beta = -0,10$, $p = 0,032$). Ainsi, H4 reçoit un appui partiel plutôt qu'une confirmation complète.

Ces éléments empiriques indiquent que la santé psychologique ne constitue pas uniquement une conséquence des exigences professionnelles ou du désengagement cognitif : elle peut également contribuer partiellement à l'évolution de l'intention future de se retirer du milieu de travail, principalement par l'effet protecteur du bien-être psychologique. En revanche, les résultats ne permettent pas d'affirmer que la détresse psychologique prédit significativement l'intention future de quitter après contrôle de la stabilité temporelle. Ce résultat s'inscrit dans la logique de la théorie de la Conservation des Ressources (Hobfoll, 2002), selon laquelle les pertes initiales de ressources — émotionnelles, motivationnelles ou identitaires — tendent à s'amplifier en spirales négatives successives qui alimentent les intentions de retrait.

En retour, l'intention de quitter contribue elle-même à la dégradation de la santé psychologique, comme l'indiquent les effets longitudinaux significatifs de l'intention sur le bien-être et la détresse psychologique. La dynamique observée ne permet toutefois pas de conclure à un renforcement mutuel complet entre détresse psychologique et intention de quitter. Elle suggère plutôt un modèle partiellement circulaire : d'un côté, l'intention de quitter affaiblit les ressources psychologiques, réduit le bien-être et accentue la détresse émotionnelle ; de l'autre, le bien-être psychologique semble exercer un effet protecteur en diminuant l'intention future de quitter. En revanche, l'effet prospectif de la détresse psychologique sur l'intention de quitter n'est pas significatif après contrôle de la stabilité temporelle. Ainsi, la relation entre santé psychologique et

désengagement doit être interprétée comme partiellement bidirectionnelle, principalement portée par le rôle protecteur du bien-être psychologique.

Ce modèle systémique met en lumière un processus cumulatif et interactif particulièrement marqué dans le domaine infirmier, où les contraintes émotionnelles et relationnelles sont élevées et où le sens du travail constitue une ressource fondamentale. La nature partiellement bidirectionnelle des relations suggère que la prévention de la détresse psychologique doit simultanément cibler :

1. **les facteurs organisationnels** contribuant au désengagement (ex. : soutien, reconnaissance, leadership), et
2. **les ressources individuelles** permettant d'interrompre la spirale désengagement–détérioration psychologique.

Cette perspective enrichit les modèles traditionnels du désengagement professionnel en mettant en évidence que la santé psychologique et l'intention de quitter ne suivent pas des trajectoires indépendantes, mais s'inscrivent dans un processus dynamique où les pertes de ressources et la rupture du lien organisationnel se renforcent mutuellement au fil du temps.

3.4.2.5. Synthèse des apports théoriques et conceptuels

Les résultats de cette étude apportent un ensemble riche et intégré de contributions théoriques qui permettent d'affiner la compréhension du désengagement professionnel et de la santé psychologique dans le domaine infirmier. Ces apports s'articulent autour de quatre axes complémentaires, correspondant aux hypothèses principales du modèle et aux dynamiques interactionnelles mises en lumière par les analyses.

Premièrement, les effets directs observés entre l'intention de quitter et la santé psychologique enrichissent la théorie des Demandes–Ressources au Travail (JD-R) en

positionnant l'intention de quitter comme un indicateur cognitif précoce du déséquilibre ressources-exigences. En démontrant que cette intention précède la diminution du bien-être et l'augmentation de la détresse, l'étude établit que le désengagement n'est pas seulement le résultat d'une surcharge ou d'un manque de soutien, mais constitue également un mécanisme interne par lequel l'individu traduit la perte progressive de sens, de motivation et de cohérence identitaire.

Deuxièmement, le rôle modérateur du leadership offre une contribution notable aux modèles intégrés du leadership et du bien-être au travail. Le leadership authentique apparaît comme une véritable ressource protectrice, tandis que le leadership tyrannique fonctionne comme une contrainte supplémentaire aggravant la souffrance émotionnelle. Cette distinction entre leadership ressource et leadership exigence clarifie la manière dont les pratiques managériales peuvent, selon leur nature, interrompre ou accélérer la spirale de détérioration psychologique. Ces résultats s'ajoutent ainsi aux modèles contemporains qui décrivent le leadership comme un facteur structurant de la capacité d'adaptation et de la résilience émotionnelle.

Troisièmement, les effets longitudinaux observés confirment que le désengagement n'est pas un état transitoire, mais bien un processus durable dont les répercussions s'inscrivent dans le temps. L'intention de quitter influence de manière différenciée le bien-être et la détresse, révélant que les composantes positives et négatives de la santé psychologique ne présentent pas le même degré de sensibilité. Ce constat renforce la nécessité d'adopter une lecture nuancée de la santé psychologique, dans laquelle le bien-être et la détresse doivent être considérés comme deux trajectoires distinctes.

Enfin, l'identification d'une dynamique partiellement bidirectionnelle entre santé psychologique et intention de quitter constitue l'un des apports conceptuels importants de cette recherche. Les résultats montrent que l'intention de quitter contribue à la détérioration ultérieure

de la santé psychologique, tandis que le bien-être psychologique agit en retour comme une ressource protectrice réduisant l'intention future de quitter. En revanche, l'effet prospectif de la détresse psychologique sur l'intention de quitter n'est pas confirmé après contrôle de la stabilité temporelle. Cette dynamique s'inscrit donc partiellement dans la logique de la théorie de la conservation des ressources (COR), en suggérant que la perte ou la préservation des ressources psychologiques influence l'évolution du désengagement professionnel. La relation observée doit ainsi être interprétée comme un processus partiellement circulaire, plutôt que comme une réciprocité complète entre détresse psychologique et intention de quitter.

En somme, cette étude propose un modèle systémique et enrichi du désengagement professionnel, dans lequel l'intention de quitter, le leadership et la santé psychologique interagissent selon des mécanismes dynamiques, modulés par la qualité des ressources relationnelles et organisationnelles disponibles. Ces apports conceptuels offrent une lecture plus fine des trajectoires psychologiques des infirmières et ouvrent la voie à des interventions ciblées visant à préserver le bien-être et à prévenir le retrait professionnel.

3.4.3. Implications pratiques et managériales

Les résultats de cette étude fournissent des enseignements pratiques essentiels pour l'administration du personnel infirmier ainsi que pour la prévention de la détresse psychologique en milieu professionnel. En établissant que l'intention de quitter anticipe la dégradation de la santé psychologique, et que le leadership influence ce processus, cette étude met en lumière divers leviers d'action managériale destinés à promouvoir le bien-être et à favoriser la rétention du personnel infirmier.

3.4.3.1. Identifier précocement les signes de désengagement intentionnel

Les analyses transversales (T1) ont mis en évidence qu'une intention prononcée de départ est corrélée à une diminution du bien-être psychologique et à une augmentation de la détresse, et ce, indépendamment de la structure organisationnelle. Ces résultats mettent en exergue l'importance, pour les gestionnaires, de percevoir l'intention de quitter non pas comme une simple donnée administrative, mais comme un indicateur clinique et organisationnel révélateur de vulnérabilité psychologique (Hart et Warren, 2015).

Une implication pratique fondamentale réside donc dans la détection précoce des comportements de retrait, tels que la diminution de l'engagement, la perte d'intérêt pour les tâches, la réduction de la coopération et un absentéisme discret. Ces signaux, fréquemment annonciateurs de détresse, doivent susciter l'attention des gestionnaires ainsi que des comités de santé au travail. Les dispositifs de suivi des risques psychosociaux peuvent inclure une évaluation régulière de l'intention de quitter en tant que variable sentinelle, tout comme le stress ressenti ou la satisfaction professionnelle. L'analyse longitudinale (du temps 1 au temps 2) valide l'importance de cette vigilance : les infirmières affichant une intention de quitter élevée au temps 1 ont enregistré une diminution significative de leur bien-être ainsi qu'une augmentation de leur détresse au temps 2. Ce résultat indique qu'une intervention précoce dès l'apparition des premiers signes de désengagement peut contribuer à prévenir l'évolution vers un état de détresse chronique.

3.4.3.2. Valoriser le leadership authentique comme ressource organisationnelle

Les effets modérateurs constatés dans les analyses longitudinales indiquent que le leadership authentique représente une ressource essentielle pour maintenir la santé psychologique durant les périodes de désengagement. Les gestionnaires qui font preuve de transparence, d'éthique et de cohérence dans leurs prises de décision contribuent à atténuer les répercussions

psychologiques liées au désengagement. Ce modèle de leadership encourage la confiance au sein de l'organisation, la reconnaissance ainsi qu'un sentiment d'appartenance, des éléments reconnus pour renforcer la résilience émotionnelle (Avolio et Gardner, 2005; Spence Laschinger et Fida, 2014). En pratique, cela nécessite l'instauration de programmes de formation en leadership authentique orientés vers :

- ✓ la prise de conscience de soi et la gestion des émotions,
- ✓ la communication empreinte de bienveillance et la rétroaction constructive,
- ✓ l'harmonie entre les valeurs personnelles et les décisions managériales.

Les établissements de santé ont la possibilité de renforcer la qualité du climat psychosocial et de réduire le taux de rotation du personnel infirmier. Ces interventions sont d'autant plus légitimes dans la mesure où l'effet longitudinal constaté ($\beta = -0,101$, $p = 0,010$) atteste que le leadership authentique atténue la relation entre le désengagement et la diminution du bien-être, renforçant ainsi son rôle en tant que facteur de résilience.

3.4.3.3. Prévenir les dérives du leadership tyrannique

En revanche, le leadership tyrannique s'est révélé être un facteur aggravant de la détresse psychologique. Les résultats longitudinaux ($\beta = +0,148$, $p < 0,001$) indiquent que ce type de leadership amplifie l'impact du désengagement sur la détresse, engendrant ainsi une spirale émotionnelle négative marquée par la peur, la perte de sens et le retrait social. Ces observations viennent appuyer les recherches menées par Brunet et al. (2015) ainsi que par Schyns et Schilling, (2013), qui établissent un lien entre le leadership abusif et une augmentation du burnout ainsi que de la souffrance morale.

Les directions des soins devraient par conséquent instaurer une politique de tolérance zéro à l'égard des pratiques de leadership coercitives, notamment à travers :

- ✓ l'instauration de procédures de rétroaction ascendante ainsi que d'évaluation à 360 degrés
- ✓ la mise en place de dispositifs de signalement confidentiels
- ✓ l'incorporation d'indicateurs de climat éthique au sein des évaluations de performance.

Ces mesures contribuent à établir un cadre professionnel dans lequel la sécurité psychologique est considérée comme une norme de gestion.

3.4.3.4. Consolider les ressources psychologiques et collectives

Au-delà des compétences en leadership, les résultats mettent en exergue l'importance de maintenir les ressources internes (telles que la motivation, le sens et la reconnaissance) ainsi que les ressources collectives (comprenant le soutien social et la coopération interprofessionnelle).

Les analyses transversales ont révélé que la perception d'un environnement de travail favorable est corrélée à des niveaux accrus de bien-être ainsi qu'à une intention réduite de départ.

Les interventions organisationnelles devraient par conséquent s'efforcer de rétablir les boucles de ressources identifiées dans le modèle JD-R (Bakker et Demerouti, 2017) à travers des dispositifs tels que :

- ✓ la valorisation symbolique et financière de la profession infirmière,
- ✓ l'engagement actif du personnel dans le processus décisionnel clinique,
- ✓ l'établissement d'espaces dédiés au débriefing émotionnel ou à la supervision réflexive.

Les résultats longitudinaux corroborent que ces ressources favorisent la stabilité émotionnelle sur le long terme et atténuent les effets du désengagement. Le Tableau 35 présenté ci-dessous synthétise les principaux leviers d'action résultant de l'ensemble des conclusions.

Tableau 35 : Leviers pratiques de prévention du désengagement et de la détresse psychologique

Axe d'intervention	Fondement empirique	Actions prioritaires recommandées	Objectifs attendus
Détection précoce du désengagement	Corrélations au temps 1 : intention ↔ bien-être ($r = -0,47$) ; intention ↔ détresse ($r = 0,55$)	Intégrer des indicateurs de désengagement dans les évaluations RH et les comités SST	Prévenir l'installation de la détresse et du turnover
Promotion du leadership authentique	Effet modérateur longitudinal : $\beta = -0,101$, $p = 0,010$	Formation au leadership éthique, communication transparente, mentorat	Renforcer la résilience et la cohésion d'équipe
Prévention du leadership tyrannique	Effet aggravant longitudinal : $\beta = +0,148$, $p < 0,001$	Politiques de tolérance zéro, évaluations 360°, surveillance éthique	Réduire la peur, la détresse et la perte de sens
Renforcement des ressources collectives	Climat positif corrélé au bien-être et à la rétention	Programmes de reconnaissance, participation décisionnelle, soutien par les pairs	Consolider le bien-être durable et la loyauté organisationnelle

3.4.3.5. Implications globales pour la gestion du personnel infirmier

L'ensemble de ces résultats incite à une réévaluation des politiques de gestion des ressources humaines dans le secteur des soins, en positionnant la santé psychologique au centre de la performance organisationnelle.

En pratique, cela se traduit par :

- ✓ une approche proactive du désengagement qui consiste à considérer l'intention de quitter comme un indicateur préventif de détresse
- ✓ une approche de gestion reposant sur un leadership bienveillant, qui promeut l'authenticité et la valorisation des individus
- ✓ une gouvernance éthique, assurant un climat de confiance, essentielle à la fidélisation du personnel.

Ces résultats soulignent que la fidélisation du personnel infirmier ne repose pas uniquement sur la rémunération ou les conditions matérielles, mais surtout sur la qualité du climat relationnel et le sens conféré au travail. L'amélioration pérenne du bien-être psychologique requiert ainsi la consolidation concomitante des ressources individuelles, relationnelles et organisationnelles.

3.4.4. Limites et pistes de recherche futures

Les résultats exposés dans cette étude offrent une perspective novatrice sur la fonction de l'intention de quitter en tant que prédicteur de la santé psychologique, ainsi que sur l'impact modérateur du leadership. Néanmoins, à l'instar de toute recherche empirique, cette étude présente des limites tant méthodologiques que conceptuelles qu'il est essentiel de reconnaître afin d'en identifier les orientations pour des recherches futures. Ces éléments revêtent une importance capitale pour la consolidation du modèle suggéré et pour l'optimisation des recherches futures dans le domaine du bien-être au travail au sein du secteur infirmier.

3.4.4.1. Limites méthodologiques

3.4.4.1.1 Ancienneté des données (2011)

Les données empiriques utilisées dans cette thèse ont été collectées en 2011 dans le cadre d'un projet CRSH dirigé par d'autres chercheurs (Savoie, Brunet, Boudrias, Morin, Alderson), soit environ quinze ans avant la finalisation de cette thèse. Cette ancienneté constitue la limite la plus fondamentale de l'étude. Le contexte infirmier québécois a été profondément transformé depuis — réformes majeures du système de santé, pandémie de COVID-19, pénurie de personnel sans précédent — ce qui limite la généralisabilité des résultats au contexte actuel. Par ailleurs, l'utilisation de données de 2011 crée une incohérence avec les critères d'inclusion de la revue de

portée du Chapitre 2, qui excluait les études antérieures à 2015, ces deux volets de la thèse ayant des fonctions distinctes.

3.4.4.1.2 Ajustement modéré de l'ALQ

L'Authentic Leadership Questionnaire (ALQ) de Walumbwa et al. (2008) présente des indices d'AFC sous les seuils conventionnels fixés en section 3.2.4.2 : CFI = 0,867 (seuil requis : $\geq 0,90$) et RMSEA = 0,139 (seuil requis : $\leq 0,08$). Bien que la validité convergente soit partiellement soutenue par un SRMR satisfaisant et une cohérence interne élevée ($\alpha = 0,92$), cet ajustement modéré invite à la prudence dans l'interprétation des analyses de modération impliquant le leadership authentique (H2a).

3.4.4.1.3 Leadership tyrannique -problèmes cumulés

L'instrument de leadership tyrannique cumule cinq fragilités distinctes : (1) validation formelle postérieure à la collecte de données de 2011 — l'instrument n'était donc pas formellement validé au moment de l'utilisation ; (2) distribution fortement non normale (asymétrie = +2,03 ; kurtosis = +4,88), dépassant les seuils conventionnels retenus dans cette étude ($|asymétrie| \leq 2$) ; (3) concentration disproportionnée des valeurs aberrantes (14 des 20 outliers univariés) ; (4) AFC moins documentée que pour l'ALQ ; (5) corrélations inter-items potentiellement instables. Pris ensemble, ces éléments fragilisent la validité des analyses de modération impliquant H2b.

3.4.4.1.4 Tests d'invariance métrique non conduits

Les tests formels d'invariance métrique longitudinale — séquence des modèles configural, métrique et scalaire selon les procédures conventionnelles (Kline, 2016) — n'ont pas été conduits. Les comparaisons de coefficients entre T1 et T2 reposent donc sur une hypothèse d'invariance non démontrée. Cette limite affecte l'ensemble des analyses longitudinales et constitue une priorité pour de futures recherches.

3.4.4.1.5 Absence d'analyse de puissance statistique

Aucune analyse de puissance a priori ou a posteriori n'a été présentée pour les analyses les plus complexes de cette thèse. La puissance est estimée à environ 80 % pour les effets directs transversaux (N = 886), mais demeure insuffisante pour certaines interactions de modération et analyses longitudinales (N = 406). Cette limite nuance l'interprétation de certains résultats non significatifs, notamment ceux impliquant le leadership tyrannique en analyses longitudinales

3.4.4.1.6 Taux de désistement et représentativité de l'échantillon longitudinal.

L'une des principales limitations réside dans la diminution de l'échantillon entre le temps 1 et le temps 2. Parmi les 907 participantes initialement recrutées, seules 406 ont pris part à la seconde collecte, ce qui correspond à un taux de rétention de 44,8 %. Bien que cette proportion soit considérée comme acceptable selon les normes des études longitudinales (Menard, 2002), cette attrition pourrait engendrer un biais de sélection : il est possible que les infirmières les plus désengagées ou les plus affectées sur le plan psychologique soient celles ayant décidé de se retirer de l'étude. Par conséquent, les résultats longitudinaux pourraient légèrement minimiser l'intensité des liens constatés entre l'intention de quitter et la détresse psychologique.

Les analyses descriptives comparatives réalisées sur les participantes retenues au temps 2 révèlent néanmoins que les disparités sociodémographiques par rapport à l'échantillon au temps 1 restent restreintes. Ces éléments contribuent à renforcer la valeur intrinsèque des conclusions, tout en incitant à la prudence quant à leur généralisation à l'ensemble du personnel infirmier du Québec.

3.4.4.1.7 Évaluations auto-déclarées et biais de méthode commune

L'ensemble des variables (intention de quitter, santé psychologique, leadership) a été évalué à l'aide de questionnaires auto-administrés. Ce choix, bien qu'indispensable pour

l'évaluation des perceptions subjectives, comporte néanmoins un risque de biais lié à la méthode commune (Podsakoff et al., 2003). Les participantes ont pu être enclines à fournir des réponses cohérentes ou socialement acceptables, ce qui pourrait avoir entraîné une amplification artificielle de certaines corrélations.

Ce risque a été atténué par :

- ✓ la diversification des formulations des énoncés, tant positifs que négatifs,
- ✓ la garantie de l'anonymat des réponses,
- ✓ ainsi que l'évaluation statistique de la validité discriminante des constructions.

Néanmoins, des recherches ultérieures pourraient bénéficier de la combinaison de diverses sources de données, telles que les évaluations par les pairs, les mesures psychophysiologiques du stress ou encore des indicateurs organisationnels objectifs tels que l'absentéisme et le taux de roulement réel.

3.4.4.1.8 Validité partielle des instruments de mesure.

Les analyses factorielles confirmatoires réalisées sur les échelles de leadership révèlent un ajustement insatisfaisant des modèles unidimensionnels : les indices de qualité d'ajustement (CFI < 0,90, RMSEA > 0,10) indiquent la nécessité d'une structure plus complexe des construits. Ces résultats mettent en évidence l'importance de réviser et d'adapter les outils aux contextes professionnels francophones et infirmiers, dans lesquels les perceptions du leadership peuvent diverger de celles constatées dans les échantillons industriels. L'élaboration de mesures validées dans un contexte spécifique constituerait une avancée méthodologique significative.

3.4.4.1.9 Caractère corrélationnel et absence de causalité expérimentale.

Bien que les analyses longitudinales offrent la possibilité de suggérer une direction temporelle — allant de l'intention de quitter vers la santé psychologique —, il convient de noter

que le dispositif demeure non expérimental et corrélationnel. En conséquence, il est impossible d'affirmer avec certitude l'existence d'une relation de causalité stricte. Certaines variables non mesurées, telles que le soutien social perçu, la surcharge de travail et le sentiment de reconnaissance, peuvent également exercer une influence sur les relations observées.

De futures investigations pourraient envisager l'utilisation de conceptions quasi expérimentales ou de modèles longitudinaux croisés (cross-lagged panel models) afin de mieux dissocier les effets directionnels entre le désengagement et la santé psychologique (Taris et Kompier, 2014).

3.4.4.2. Limites conceptuelles et analytiques

3.4.4.2.1 Étendue des variables analysées

Le modèle examiné se focalise sur deux dimensions essentielles : l'intention de quitter et la santé psychologique, englobant le bien-être ainsi que la détresse. Néanmoins, d'autres éléments psychosociaux — tels que le soutien perçu, la justice organisationnelle ou le sentiment d'efficacité personnelle — pourraient jouer le rôle de variables médiatrices, éclairant ainsi la relation entre le désengagement et la santé psychologique (Xanthopoulou et al., 2007). L'inclusion future de ces éléments permettrait d'approfondir la compréhension des mécanismes internes de la spirale de détérioration.

3.4.4.2.2 Impact du contexte organisationnel

Les analyses transversales indiquent que la perception du climat de travail ainsi que du style de leadership exerce une influence significative sur la relation entre l'intention et le bien-être. Toutefois, l'étude n'a pas pris en compte les données hiérarchiques (au niveau de l'équipe, de l'unité ou de l'établissement), bien que la structure organisationnelle puisse influencer de manière

significative ces dynamiques (Bakker et Demerouti, 2017; Mazzetti et al., 2023; Meyers et al., 2013). De futures études devraient s'appuyer sur des modèles multiniveaux afin d'analyser l'influence conjointe des facteurs individuels et contextuels sur la santé psychologique.

3.4.4.3. Pistes de recherche futures

En tenant compte de ces limites, plusieurs axes se dessinent afin d'approfondir la compréhension du désengagement intentionnel et de ses répercussions :

(1) Approche pluridisciplinaire et longitudinale approfondie.

- ✓ Incorporer des mesures provenant de différentes perspectives, notamment celles des employés, des supérieurs et des collègues.
- ✓ Prolonger la période d'observation au-delà de deux moments de mesure afin d'évaluer la stabilité ou la réversibilité du désengagement.

(2) Analyse des variables médiatrices.

- ✓ Analyser la fonction du soutien organisationnel perçu, de la reconnaissance ainsi que de la charge émotionnelle en tant que médiateurs entre l'intention et la santé psychologique.
- ✓ Évaluer des modèles de médiation sérielle afin d'identifier les processus psychologiques sous-jacents.

(3) Analyse à multiples niveaux et dans un contexte spécifique.

- ✓ Incorporer la structure de l'équipe ainsi que les impacts liés à l'établissement.
- ✓ Analyser les disparités en fonction du secteur d'activité (public ou privé), de la taille des établissements ou de la nature des soins dispensés.

(4) Interventions axées sur le leadership.

- ✓ Élaborer et évaluer des programmes d'intervention fondés sur le leadership authentique (Walumbwa et al., 2008), dans le but d'analyser leurs impacts sur la santé psychologique et la fidélisation des employés.
- ✓ Analyser l'influence des politiques anti-tyrannie sur le climat psychosocial ainsi que sur la performance des équipes.

Tableau 36 : Synthèse des limites et orientations de recherche futures

Catégorie de limite	Description synthétique	Conséquence sur l'interprétation	Orientation de recherche future
Attrition longitudinale	Taux de rétention de 44,8 % entre le temps 1 et le temps 2	Risque de biais de sélection des répondantes les plus stables	Augmenter la fréquence et la durée du suivi longitudinal
Biais de méthode commune	Auto-questionnaires pour toutes les variables	Possible surestimation des corrélations	Combiner des mesures auto- et hétéro-évaluées
Validité partielle des mesures de leadership	Modèles de mesure imparfaits (CFI < .90)	Risque de sous-représentation du construit	Développer et valider des instruments adaptés au contexte infirmier
Devis non expérimental	Étude corrélacionnelle et non causale	Limitation dans l'inférence de causalité	Utiliser des modèles croisés ou quasi expérimentaux
Manque de variables médiatrices	Absence de variables explicatives intermédiaires	Compréhension partielle du processus causal	Intégrer des médiateurs tels que le soutien perçu ou la reconnaissance
Absence d'analyse multiniveaux	Données individuelles uniquement	Non prise en compte du climat d'équipe ou d'établissement	Adopter des modèles multiniveaux (individu/organisation)
Leadership non manipulé expérimentalement	Étude observationnelle du style de gestion	Limite la généralisation causale	Tester expérimentalement les effets d'un leadership authentique

Le Tableau 36 ci-dessus présente un résumé structuré des principales limites identifiées et des pistes de recherche correspondantes.

En conclusion, cette étude pave la voie à une nouvelle appréhension du désengagement intentionnel en tant que prédicteur de la santé psychologique, tout en soulignant la nécessité de mener des recherches supplémentaires afin d'affiner les mécanismes causaux sous-jacents. La considération conjointe des dynamiques individuelles, relationnelles et organisationnelles représente une approche prometteuse pour approfondir notre compréhension de l'émergence et de la prévention de la détresse psychologique au sein des professions de soins. L'enrichissement méthodologique et conceptuel suggéré contribuera à l'amélioration du modèle JD-R et fournira des bases empiriques robustes pour les politiques de leadership et de rétention au sein des établissements hospitaliers.

3.4.5. Conclusion du chapitre

Ce chapitre avait pour objectif d'analyser l'hypothèse selon laquelle l'intention de quitter représente un facteur prédictif de la santé psychologique du personnel infirmier, et ne se limite pas à en être une simple conséquence. En intégrant une approche transversale (temps 1) et longitudinale (du temps 1 au temps 2), les analyses ont permis de confirmer la pertinence du modèle inversé suggéré et d'en clarifier les mécanismes explicatifs. Les résultats obtenus participent à une compréhension approfondie du désengagement professionnel au sein des milieux de soins, en mettant en exergue l'importance du leadership en tant que levier essentiel pour la prévention de la détresse psychologique.

3.4.5.1. Synthèse des résultats empiriques

Les analyses transversales (temps 1) ont révélé que l'intention de quitter présente une corrélation négative avec le bien-être psychologique ($r = -0,47$, $p < 0,001$) et une corrélation positive avec la détresse ($r = 0,55$, $p < 0,001$).

Tableau 37 : Synthèse des résultats empiriques transversaux et longitudinaux

Relation étudiée	Type d'analyse	Direction de l'effet	Coefficient	Significativité (<i>p</i>)	Effet modérateur du leadership	Interprétation
Intention de quitter → Bien-être psychologique	TEMPS 1	Négative	$r = -0,47$	$< 0,001$	—	Confirme H1a : désengagement associé à un faible bien-être
Intention de quitter → Détresse psychologique	TEMPS 1	Positive	$r = 0,55$	$< 0,001$	—	Confirme H1b : désengagement associé à une hausse de détresse
Intention (TEMPS 1) → Bien-être (TEMPS 2)	Longitudinale	Négative	$\beta = -0,096$	0,030	Leadership authentique atténue	H3a confirmée : effet longitudinal significatif mais faible
Intention (TEMPS 1) → Détresse (TEMPS 2)	Longitudinale	Positive	$\beta = 0,151$	0,001	Leadership tyrannique amplifie	Confirme H3b
Interaction Intention × Leadership authentique	Longitudinale	Négative	$\beta = -0,101$	0,010	Oui	Effet protecteur du leadership authentique
Interaction Intention × Leadership tyrannique	Longitudinale	Positive	$\beta = +0,148$	$< 0,001$	Oui	Effet aggravant du leadership tyrannique

Ces résultats suggèrent que les infirmières qui envisagent de quitter leur poste présentent déjà un profil psychologique marqué par une fatigue émotionnelle, une perte de sens et un retrait affectif. Les analyses longitudinales (du temps 1 au temps 2) ont validé cette orientation temporelle :

- ✓ une intention de quitter élevée au temps 1 prédit une diminution du bien-être au temps 2 ($\beta = -0,096$, $p = 0,030$).
- ✓ et une élévation de la détresse psychologique ($\beta = 0,151$, $p = 0,001$).

Ces relations continuent de revêtir une importance significative après avoir pris en compte les niveaux initiaux de santé psychologique, ce qui confère une robustesse empirique au modèle inversé. De surcroît, le leadership authentique s'est avéré constituer un facteur protecteur, atténuant l'impact du désengagement sur la santé psychologique ($\beta = -0,101$, $p = 0,010$), tandis que le leadership tyrannique en exacerbe les effets néfastes ($\beta = +0,148$, $p < 0,001$).

Le **Tableau 37** ci-dessus offre une synthèse des effets significatifs résultant des analyses croisées, facilitant ainsi l'évaluation de la cohérence interne et temporelle des résultats.

3.4.5.2. Interprétation intégrative

Dans l'ensemble, ces résultats corroborent l'idée que le désengagement intentionnel représente une phase précoce et dynamique du processus de détérioration psychologique. Cette dynamique s'inscrit dans le cadre du modèle des Demandes-Ressources au Travail (JD-R) (Bakker et Demerouti, 2017), illustrant que la perte de sens et de ressources internes (telles que la motivation, l'estime de soi et la reconnaissance) précède l'épuisement émotionnel. L'intention de quitter constitue donc un indicateur cognitif précurseur d'un déséquilibre entre les exigences et les ressources, initiant ainsi la spirale de perte telle que décrite par Hobfoll (2002). Les analyses longitudinales corroborent cette interprétation en mettant en évidence que le leadership exerce une fonction de régulation au sein de ce processus :

- ✓ un leadership authentique contribue à la résilience psychologique, renforce le bien-être et atténue la détresse.

- ✓ un leadership tyrannique, en revanche, engendre un sentiment d'impuissance et exacerbe la souffrance morale.

Ces résultats fournissent un soutien empirique aux recherches menées par Schyns et Schilling (2013) concernant le leadership destructeur, ainsi qu'à celles de Spence Laschinger et Fida (2014) relatives à la fonction protectrice du leadership authentique. Ils affirment que la santé psychologique des infirmières ne repose pas uniquement sur leurs caractéristiques individuelles, mais également sur le climat relationnel et éthique établi au sein de leur environnement professionnel.

3.4.5.3. Contributions globales et implications synthétiques

Sur le plan théorique, cette étude apporte une contribution significative en remettant en question le modèle traditionnel établissant la relation "santé psychologique → intention de quitter", en démontrant de manière empirique la direction inverse, à savoir "intention → santé psychologique". Cette transformation de perspective met en évidence une dynamique partiellement bidirectionnelle du désengagement professionnel : l'intention de quitter prédit la détérioration ultérieure de la santé psychologique, tandis que le bien-être psychologique exerce en retour un effet protecteur sur l'intention future de quitter. En revanche, l'effet prospectif de la détresse psychologique sur l'intention de quitter n'est pas confirmé après contrôle.

Sur le plan pratique, les résultats mettent en évidence la nécessité d' :

- ✓ observer l'intention de quitter en tant qu'indicateur précoce de risque psychosocial.
- ✓ investir dans le développement d'un leadership authentique en tant que levier de prévention de la détresse.
- ✓ accroître la reconnaissance, le soutien social ainsi que la participation aux processus décisionnels afin de lutter contre la spirale du désengagement.

Tableau 38 : Modèle intégratif des effets de l'intention de quitter sur la santé psychologique

Niveau d'analyse	Variables clés	Type d'effet observé	Modérateur principal	Conséquence sur la santé psychologique	Implication managériale
Individuel (TEMPS 1)	Intention de quitter	Effet direct sur bien-être (–) et détresse (+)	—	Altération immédiate de la stabilité émotionnelle	Dépistage précoce du désengagement
Temporel (DU TEMPS 1 AU TEMPS 2)	Intention initiale	Effet différé sur santé psychologique	Leadership authentique (–) ; tyrannique (+)	Détérioration ou protection selon le climat relationnel	Formation au leadership bienveillant
Organisationnel	Climat de travail et soutien perçu	Effet indirect sur la dynamique intention-santé	—	Modulation du risque psychosocial global	Renforcement des ressources collectives

Dans cette perspective, le modèle élaboré propose une grille d'analyse intégrative, permettant aux établissements de santé de relier les dimensions individuelles, relationnelles et structurelles de la santé psychologique. Le **Tableau 38** offre une synthèse schématique du modèle intégratif dérivé de la recherche, établissant des liens entre les principaux effets empiriques et leurs implications.

3.4.5.4. Portée et transition

Cette étude met en lumière une dynamique longitudinale dans laquelle le désengagement intentionnel apparaît comme un prédicteur et un facteur aggravant potentiel de la détérioration psychologique, sans permettre d'établir une causalité stricte.

En validant la valeur prédictive de l'intention de quitter ainsi que le rôle régulateur du leadership, cette étude pave la voie à des interventions ciblées axées sur le climat relationnel, la reconnaissance et la prévention des comportements nuisibles. Les apports empiriques et théoriques présentés dans ce chapitre soutiennent l'idée selon laquelle la préservation du bien-être au travail

est intrinsèquement liée à une gouvernance éthique et bienveillante. Elles s'emploient à préparer la transition vers la conclusion générale, au cours de laquelle seront examinées les implications globales de ces résultats pour la compréhension du désengagement, la santé psychologique ainsi que les politiques de rétention dans le secteur infirmier.

Chapitre 4 – Discussion générale

Le présent chapitre vise à offrir une analyse intégrative des résultats empiriques obtenus au chapitre 3 à la lumière des fondements conceptuels et contextuels établis dans les deux premiers chapitres. Rappelons que le chapitre 1 mettait en évidence la situation préoccupante de la santé psychologique du personnel infirmier, aggravée par des exigences organisationnelles croissantes, un climat de travail parfois instable et une transformation profonde du rôle professionnel. Ce contexte, caractérisé par une fragilisation du bien-être au travail et par une intensification des contraintes émotionnelles, a justifié la nécessité d'examiner les mécanismes susceptibles d'influencer la santé psychologique, notamment l'engagement et ses déterminants.

Le chapitre 2 proposait ensuite une clarification conceptuelle essentielle. L'étude de portée réalisée a révélé la forte hétérogénéité des définitions de l'engagement et de la santé psychologique, rendant délicate l'accumulation de connaissances comparables. Elle a néanmoins permis d'identifier deux constats structurants : d'une part, la santé psychologique doit être appréhendée comme une construction bidimensionnelle intégrant le bien-être et la détresse; d'autre part, l'engagement demeure un concept polysémique, difficile à mesurer de manière uniforme, ce qui conduit plusieurs chercheurs à recourir à des indicateurs plus stables, tels que l'intention de quitter, pour appréhender certaines de ses manifestations. Ces constats ont façonné l'orientation empirique de la thèse, en conduisant à l'adoption d'un modèle inversé dans lequel l'intention de quitter est examinée comme un prédicteur potentiel de la santé psychologique.

Dans ce cadre, le chapitre 3 présentait les analyses statistiques permettant de tester ce modèle, ainsi que le rôle modérateur du leadership, considéré comme une ressource ou une contrainte selon sa nature authentique ou tyrannique. Les résultats mettent en lumière des relations

cohérentes, significatives et, pour plusieurs, inédites dans le contexte infirmier. Ils invitent à un retour réflexif plus large, croisant les données empiriques, les théories mobilisées et les réalités organisationnelles décrites précédemment.

Le présent chapitre a donc pour objectif de discuter ces résultats dans une perspective holistique et critique. Il vise à dégager leur portée théorique, leur contribution à l'avancement des connaissances, leurs implications pratiques pour la gestion des milieux de soins, ainsi que les limites méthodologiques et conceptuelles qui encadrent leur interprétation. À travers cette discussion générale, il s'agit de montrer comment cette thèse propose un éclairage renouvelé sur les dynamiques d'engagement, de santé psychologique et de leadership au sein de la profession infirmière, tout en positionnant ses conclusions dans le champ plus large des modèles explicatifs du bien-être au travail, notamment le cadre des Demandes–Ressources.

4.1. Interprétation globale des résultats à la lumière du cadre conceptuel

L'interprétation des résultats empiriques doit être envisagée à la lumière du cadre conceptuel développé au chapitre 2, lequel a mis en évidence plusieurs ambiguïtés théoriques et méthodologiques entourant l'engagement et la santé psychologique du personnel infirmier. Les constats issus de l'étude de portée constituent une base essentielle pour comprendre, situer et interpréter les relations statistiques observées dans le chapitre précédent. En ce sens, cette section propose d'articuler les résultats de l'étude empirique à l'état des connaissances recensées, afin de mettre en relief la contribution théorique et conceptuelle de la thèse.

4.1.1. Clarification conceptuelle de la santé psychologique : validation empirique

L'un des apports majeurs de cette thèse réside dans la confirmation empirique de la conceptualisation bidimensionnelle de la santé psychologique, telle que mise en lumière dans la revue de portée présentée au chapitre 2. Les études recensées font apparaître un consensus partiel, mais réel, autour de l'idée que la santé psychologique ne constitue pas un continuum unidirectionnel allant de la détresse au bien-être; elle se compose plutôt de deux dimensions distinctes, qui coexistent, mais ne se confondent pas. Cette distinction, longtemps discutée dans les travaux théoriques, n'avait toutefois été que rarement validée de manière empirique dans un contexte spécifique comme celui du personnel infirmier, où les réalités psychosociales sont fortement marquées par l'intensité émotionnelle, la charge de travail et les exigences relationnelles.

Les résultats du chapitre 3 apportent une démonstration particulièrement probante de cette structure duale. En effet, l'intention de quitter s'est révélée être un prédicteur significatif et différencié des deux composantes de la santé psychologique : d'une part, elle est associée à une diminution du bien-être psychologique, et d'autre part, elle contribue à une augmentation de la détresse psychologique. Ce double effet, observé de manière convergente dans les analyses transversales et longitudinales, confirme que les deux dimensions réagissent de façons distinctes à un même prédicteur. Une telle dissociation ne pourrait s'expliquer par un modèle unidimensionnel de la santé psychologique. Au contraire, elle renforce l'idée que bien-être et détresse psychologique ne constituent pas des pôles opposés, mais des manifestations différentes, chacune porteuse d'une signification propre dans le vécu des professionnels infirmiers.

L'intérêt de cette validation empirique s'étend également à la compréhension des mécanismes sous-jacents. La diminution du bien-être psychologique peut être interprétée comme

le signe d'un affaiblissement des ressources personnelles, émotionnelles et professionnelles lorsque l'engagement envers l'organisation s'effrite. À l'inverse, l'augmentation de la détresse psychologique témoigne d'un processus d'usure ou d'érosion, plus proche des manifestations de stress, de surcharge, de tension émotionnelle ou d'épuisement. Ces deux facettes traduisent donc des dynamiques psychologiques distinctes : l'une relève de la perte de ressources positives, l'autre de l'accumulation d'expériences négatives.

Sur le plan conceptuel, ces résultats appuient ainsi les travaux qui plaident pour une approche multidimensionnelle de la santé psychologique, notamment ceux de Gilbert et al. 2011, Massé et al. (1998a). Ils montrent qu'une compréhension complète de la santé psychologique exige de prendre en compte simultanément ses deux dimensions, sous peine de sous-estimer la complexité des expériences vécues par les travailleurs. Dans le cas du personnel infirmier, ce résultat est particulièrement pertinent : un individu peut vivre une faible détresse sans pour autant présenter un niveau élevé de bien-être, ou inversement. Cette nuance, rarement documentée dans les études empiriques sur cette population, permet une lecture plus fine des dynamiques psychologiques en contexte de soins.

En définitive, la validation de la structure bidimensionnelle de la santé psychologique représente une contribution conceptuelle essentielle de cette thèse. Elle réaffirme la pertinence d'aborder la santé psychologique non pas comme un simple indicateur de souffrance ou d'épanouissement, mais comme une entité composite, complexe et multidimensionnelle. Cette clarification théorique renforce la capacité explicative du modèle examiné et offre une base solide pour formuler des recommandations pratiques adaptées à la réalité du milieu infirmier, où la prévention du mal-être doit aller de pair avec la promotion active du bien-être.

4.1.2. L'engagement : un concept polysémique

L'un des constats essentiels du chapitre 2 concerne la grande polysémie du concept d'engagement, dont la définition demeure fragmentée et hétérogène dans la littérature. Les études recensées révèlent l'existence de multiples formes d'engagement — organisationnel, professionnel, affectif, continu, normatif ou encore personnel — chacune reposant sur des assises théoriques spécifiques et parfois incompatibles. Cette diversité conceptuelle constitue une difficulté majeure pour les chercheurs qui peinent à comparer les résultats d'une étude à l'autre et à accumuler des connaissances cohérentes. Dans la littérature infirmière en particulier, l'ambiguïté est d'autant plus marquée que les études utilisent des instruments variés, souvent empruntés à des domaines connexes, sans réelle contextualisation aux réalités de la profession. Cette dispersion théorique entraîne une fragmentation de la compréhension scientifique de l'engagement, limitant ainsi son potentiel explicatif dans l'analyse du bien-être et du fonctionnement psychologique des travailleurs de la santé.

Dans ce contexte, l'intérêt de la présente thèse réside dans l'approche adoptée pour contourner ces ambiguïtés. Plutôt que de s'inscrire dans l'une ou l'autre des conceptions classiques de l'engagement, la thèse choisit d'opérationnaliser ce construit à travers un indicateur cognitif reconnu pour sa stabilité prédictive : **l'intention de quitter**. Cette décision est soutenue par de nombreuses observations théoriques et empiriques présentées dans le chapitre 2. En effet, plusieurs travaux récents suggèrent que l'intention de quitter est considérée comme un indicateur proximal de désengagement, dans la mesure où elle reflète un retrait psychologique et affectif préalable au retrait comportemental. Contrairement aux mesures multidimensionnelles de l'engagement, souvent complexes et sensibles aux variations contextuelles, l'intention de quitter présente une définition claire, une cohérence conceptuelle et une grande facilité de mesure.

Les résultats empiriques du chapitre 3 confirment la pertinence de ce choix conceptuel. L'intention de quitter s'est révélée être un prédicteur puissant, stable et différencié de la santé psychologique, permettant d'expliquer à la fois l'augmentation de la détresse et la diminution du bien-être psychologique. Ce pouvoir explicatif témoigne de la capacité de cet indicateur à capter une dynamique sous-jacente forte : celle du désengagement intentionnel qui traduit une rupture dans la relation entre l'individu et son environnement de travail. Ainsi, la thèse répond à la fragmentation conceptuelle identifiée dans la revue de portée en proposant un indicateur psychologiquement et méthodologiquement cohérent, capable de saisir la manifestation la plus significative du désengagement dans le contexte infirmier.

Cette clarification conceptuelle revêt une portée théorique importante. Elle suggère que, dans des environnements professionnels caractérisés par des conditions de travail exigeantes, un fort investissement émotionnel et une lourde charge relationnelle — comme c'est le cas dans la profession infirmière — les indicateurs traditionnels de l'engagement peuvent se révéler insuffisants pour comprendre les dynamiques psychologiques en jeu. L'intention de quitter, en revanche, apparaît comme une mesure plus sensible à la réalité vécue dans ces milieux, car elle reflète simultanément le niveau d'attachement au travail, la perception de la valeur accordée par l'organisation, et le sens que l'individu attribue à son rôle professionnel.

En définitive, l'approche méthodologique adoptée dans cette thèse contribue à réduire la polysémie conceptuelle entourant l'engagement en proposant un cadre d'analyse recentré sur un indicateur clair, mesurable et conceptuellement cohérent. Ce choix permet non seulement d'apporter une meilleure lisibilité théorique au concept d'engagement, mais aussi de renforcer sa capacité prédictive lorsqu'il s'agit de comprendre les déterminants de la santé psychologique du personnel infirmier. Cette clarification ouvre ainsi la voie à de nouvelles perspectives de recherche,

où l'engagement pourrait être appréhendé moins comme une construction complexe et multiforme, mais davantage comme une dynamique évolutive dont l'intention de quitter constitue un signal central.

4.1.3. Confrontation des résultats aux études antérieures

La confrontation des résultats empiriques aux travaux recensés dans la littérature permet de situer la contribution de cette thèse dans l'état actuel des connaissances concernant l'engagement, l'intention de quitter et la santé psychologique du personnel infirmier. De manière générale, les résultats obtenus confirment plusieurs tendances observées dans la littérature, tout en apportant des nuances importantes et, dans certains cas, des éléments novateurs qui enrichissent la compréhension des dynamiques psychosociales en contexte de soins.

Premièrement, la relation entre l'engagement — ou le désengagement dans sa forme inverse — et la santé psychologique, largement évoquée dans les travaux antérieurs, est clairement corroborée par les résultats de cette recherche. Plusieurs auteurs ont montré que l'engagement au travail est associé à des niveaux plus élevés de bien-être psychologique et à une moindre détresse, tandis que son affaiblissement est lié à des manifestations de stress, d'épuisement professionnel et de retrait psychologique (Halbesleben, 2010; Maslach et Leiter, 1997; Schaufeli et al., 2002; Schaufeli et Bakker, 2003). Dans le champ spécifique des soins infirmiers, des études empiriques ont également mis en évidence que l'engagement est négativement associé au burnout et positivement relié à la satisfaction professionnelle et à la qualité de vie au travail (Havens et al., 2018; Pennbrant et Dåderman, 2021). Les résultats de la présente thèse confirment ces constats en montrant que l'intention de quitter, conceptualisée comme une manifestation du désengagement

intentionnel, est fortement associée à une augmentation de la détresse psychologique et à une diminution du bien-être.

Deuxièmement, les résultats obtenus apportent un éclairage original sur la direction de la relation entre engagement et santé psychologique. La majorité des études recensées dans la littérature, notamment celles mobilisant le modèle des Demandes–Ressources au travail, postulent que la détérioration de la santé psychologique précède le désengagement et l'intention de quitter (Bakker et Demerouti, 2017; Schaufeli, 2017). Or, les résultats de cette thèse soutiennent la plausibilité d'un processus inverse, dans lequel l'intention de quitter agit comme un prédicteur significatif de la santé psychologique. Cette perspective rejoint partiellement les travaux de Vandenberghe (2003) et de Vandenberghe et al. (2011), qui suggèrent que certaines formes d'engagement ou de désengagement cognitif peuvent générer une tension psychologique susceptible d'affecter le bien-être. En ce sens, la thèse contribue à enrichir les débats existants sur la causalité en mettant en évidence une dynamique circulaire et évolutive entre ces construits.

Troisièmement, la comparaison avec les études portant sur le leadership confirme la pertinence de considérer les styles de leadership comme des variables centrales dans la dynamique engagement–santé psychologique. Les recherches antérieures ont montré que le soutien du supérieur hiérarchique, la reconnaissance et la qualité des relations interpersonnelles constituent des facteurs protecteurs du bien-être psychologique et des leviers importants de rétention du personnel infirmier (Dagenais-Desmarais et Savoie, 2012; Gilbert et al., 2011; Walumbwa et al., 2008). Les résultats de la présente thèse confirment ces observations tout en les affinant, en distinguant clairement les effets modérateurs opposés du leadership authentique et du leadership tyrannique. Alors que peu d'études avaient examiné simultanément ces deux styles comme modérateurs d'une même relation, les analyses menées montrent que le leadership peut agir soit

comme une ressource, soit comme une anti-ressource, influençant de manière déterminante l'impact du désengagement intentionnel sur la santé psychologique.

Enfin, cette confrontation avec les études antérieures met en lumière certaines limites récurrentes de la littérature, déjà relevées dans l'étude de portée du chapitre 2, notamment la prédominance des devis transversaux, l'utilisation d'instruments peu contextualisés et l'absence fréquente d'une conceptualisation bidimensionnelle de la santé psychologique. En mobilisant un devis longitudinal et des outils ancrés dans une conception intégrée du bien-être et de la détresse (Gilbert et al., 2011; Massé et al., 1998a), la présente thèse permet de répondre à plusieurs de ces lacunes et d'enrichir la compréhension des mécanismes reliant engagement, intention de quitter et santé psychologique dans le contexte infirmier.

En somme, la confrontation des résultats aux études antérieures révèle une cohérence générale avec les connaissances existantes, tout en mettant en évidence des apports théoriques et méthodologiques distinctifs. Ces contributions permettent non seulement de consolider les fondements conceptuels du champ, mais également d'ouvrir de nouvelles perspectives de recherche et d'intervention visant la prévention du désengagement et la promotion durable de la santé psychologique du personnel infirmier.

4.2. Discussion des résultats principaux

La présente section vise à analyser de manière approfondie les résultats empiriques exposés au chapitre 3 en les interprétant à la lumière des objectifs de recherche et des hypothèses formulées. Il s'agit d'examiner la portée réelle des relations mises en évidence — notamment l'effet prédictif de l'intention de quitter sur la santé psychologique, ainsi que le rôle modulateur du leadership authentique et du leadership tyrannique — afin de comprendre les processus sous-jacents qui

structurent ces dynamiques. En articulant les observations statistiques aux cadres théoriques préalablement établis, cette section permet de dégager les mécanismes explicatifs centraux, d'identifier les convergences et divergences avec les modèles anticipés, et de mettre en lumière la contribution scientifique spécifique de l'étude. Elle constitue ainsi un pivot essentiel entre la présentation factuelle des résultats et leur interprétation intégrée, ouvrant la voie aux implications théoriques, pratiques et méthodologiques développées dans les sections suivantes.

4.2.1. L'intention de quitter comme prédicteur de la santé psychologique

Les résultats empiriques présentés au chapitre 3 montrent de manière particulièrement nette et robuste que l'intention de quitter constitue un prédicteur significatif de la santé psychologique du personnel infirmier. Cette observation, confirmée tant dans les analyses transversales que longitudinales, met en lumière un mécanisme psychologique central qui éclaire le processus d'érosion du bien-être au travail dans les milieux de soins. Alors que les modèles classiques considèrent généralement la santé psychologique comme un déterminant de l'engagement et, par extension, de l'intention de départ, les résultats obtenus inversent cette perspective : ce n'est pas uniquement la détérioration de la santé psychologique qui précède l'intention de quitter, mais l'intention de quitter elle-même qui contribue à affaiblir le bien-être et à accentuer la détresse psychologique des infirmières et infirmiers.

Cette inversion du modèle causal apparaît particulièrement pertinente dans un contexte professionnel où les exigences émotionnelles et relationnelles sont fortes, où la surcharge de travail est constante et où les marges de manœuvre organisationnelles demeurent parfois limitées. L'intention de quitter peut être comprise comme un indicateur cognitif du désengagement, signalant une rupture dans le rapport subjectif de l'individu à son milieu de travail. Le fait de se

projeter hors de l'organisation, ou de souhaiter une réduction de son implication, génère une série de tensions psychologiques, dont témoignent les résultats : diminution du bien-être psychologique, perte de sens, baisse de motivation, et accroissement des affects négatifs, allant jusqu'à la détresse. D'une part, l'individu peut éprouver un sentiment de dissonance entre son besoin d'accomplissement professionnel et son désir de retrait, ce qui crée un inconfort émotionnel. D'autre part, l'intention de quitter traduit souvent une accumulation de frustrations, de déceptions ou d'injustices perçues, dont l'effet cumulatif se manifeste par une forme d'usure psychologique.

Sur le plan théorique, les résultats s'arriment de manière cohérente au modèle des Demandes–Ressources (JD-R), selon lequel la santé psychologique dépend d'un équilibre entre les contraintes professionnelles (demandes) et les ressources disponibles. L'intention de quitter peut être interprétée comme un indicateur que cet équilibre est rompu : lorsque les demandes dépassent les ressources, le retrait cognitif devient un mécanisme d'adaptation qui, paradoxalement, contribue à la dégradation de l'état psychologique. Le désengagement intentionnel constitue ainsi une étape intermédiaire dans le processus de détérioration, précédant souvent des manifestations plus visibles telles que l'épuisement émotionnel, le cynisme ou l'absentéisme.

Les résultats longitudinaux renforcent la solidité de cette interprétation. En observant que l'intention de quitter au temps 1 prédit significativement la santé psychologique au temps 2, la thèse démontre que l'effet ne peut pas être réduit à une corrélation ponctuelle ou à un artefact méthodologique. Il s'agit bien d'un mécanisme dynamique, inscrit dans le temps, et capable d'engendrer des conséquences mesurables sur l'état mental des professionnels. Cette temporalité est essentielle : elle suggère que la prévention et l'intervention pourraient être plus efficaces si

elles ciblèrent les signes de désengagement en amont, avant que ceux-ci ne se transforment en symptômes de détresse ou en comportements de retrait.

Au-delà de sa contribution théorique, cette observation possède une portée pratique importante. Dans les milieux de soins, les gestionnaires et les responsables des ressources humaines disposent de peu d'indicateurs fiables pour anticiper la détérioration du climat psychologique. L'intention de quitter, par sa nature cognitive et déclarative, pourrait ainsi constituer un signal précoce permettant d'identifier les professionnelles en situation de vulnérabilité. La reconnaissance de son rôle prédictif incite à l'intégrer plus systématiquement dans les outils d'évaluation organisationnelle, tant pour prévenir l'épuisement professionnel que pour améliorer la qualité de vie au travail.

En somme, la mise en évidence de l'intention de quitter comme prédicteur de la santé psychologique constitue une avancée significative, tant pour la compréhension des dynamiques psychologiques du personnel infirmier que pour le développement de stratégies de prévention ciblées. Cette relation, jusque-là peu explorée dans le sens proposé par cette thèse, ouvre de nouvelles perspectives de recherche et renforce l'idée que le désengagement cognitif représente une variable centrale dans l'analyse du bien-être en milieu de soins.

4.2.2. Les résultats longitudinaux : temporalité et stabilité

Les analyses longitudinales réalisées entre le temps 1 (T1) et le temps 2 (T2) apportent un éclairage particulièrement important sur la stabilité des variables étudiées et sur la dynamique temporelle des relations entre intention de quitter et santé psychologique. Alors que les analyses transversales permettent d'identifier des associations à un moment donné, les résultats longitudinaux dévoilent la persistance, la direction et l'évolution de ces relations dans le temps.

Ces analyses constituent donc une composante essentielle pour comprendre les processus psychologiques à l'œuvre dans le personnel infirmier et pour évaluer la pertinence des hypothèses causales avancées dans cette thèse.

L'un des premiers constats issus de cette analyse concerne la stabilité des niveaux de bien-être, de détresse psychologique et d'intention de quitter entre le temps 1 (T1) et le temps 2 (T2). Globalement, les moyennes observées varient peu d'un temps de mesure à l'autre, ce qui suggère que ces états psychologiques présentent une certaine constance dans le contexte professionnel infirmier. Cette stabilité est cohérente avec les travaux recensés dans la littérature, lesquels montrent que la santé psychologique au travail, en particulier dans les professions caractérisées par une forte intensité émotionnelle et relationnelle, tend à s'inscrire dans des patterns relativement durables, façonnés par la structure organisationnelle, les conditions de travail et la culture professionnelle (Dagenais-Desmarais et Savoie, 2012; Gilbert et al., 2011; Maslach et Leiter, 1997). Des recherches menées spécifiquement auprès du personnel infirmier indiquent également que l'exposition prolongée à des exigences élevées et à des contraintes organisationnelles relativement stables favorise la persistance de niveaux constants de bien-être ou de détresse psychologique dans le temps (Bakhamis et al., 2019; Horellou-Lafarge, 2011). Le constat de cette stabilité est particulièrement significatif, car il indique que les phénomènes observés ne relèvent pas de fluctuations circonstancielles, mais bien de tendances durables qui appellent une attention soutenue sur le plan organisationnel et managérial.

Sur le plan analytique, les résultats longitudinaux montrent que l'intention de quitter mesurée au temps 1 constitue un prédicteur significatif de la santé psychologique au temps 2. Cette relation temporelle renforce l'hypothèse selon laquelle le désengagement cognitif précède et influence l'évolution du bien-être et de la détresse psychologique. Contrairement à une vision

statique, l'analyse longitudinal suggère un processus dynamique dans lequel l'intention de quitter agit comme un facteur déclencheur. Le personnel infirmier qui manifeste un souhait de retrait dès le temps 1 semble plus susceptible de présenter une augmentation de la détresse ou une diminution du bien-être au temps 2, même lorsque l'on contrôle pour les niveaux initiaux de ces variables. Cette observation constitue une confirmation empirique notable du modèle inversé proposé dans cette thèse, selon lequel le désengagement intentionnel est un moteur d'érosion psychologique plutôt qu'une conséquence de celle-ci.

Les résultats révèlent également que la relation entre intention de quitter et santé psychologique demeure stable dans le temps, ce qui suggère un effet durable plutôt qu'un phénomène transitoire. Le fait que les associations longitudinales demeurent significatives malgré la réduction de la taille de l'échantillon et la complexité temporelle des phénomènes étudiés témoigne de la robustesse de cette relation. Cette constance temporelle peut être interprétée comme la manifestation d'un processus cumulatif : une fois amorcé, le désengagement cognitif tend à s'enraciner, influençant de manière continue l'état psychologique des professionnels. Ce processus peut être renforcé par des facteurs tels que la surcharge émotionnelle, les conflits de rôle, le manque de reconnaissance ou un climat organisationnel défavorable, fréquemment relevés dans la littérature sur la profession infirmière.

Par ailleurs, l'analyse longitudinale permet de distinguer ce qui relève d'une dynamique individuelle de ce qui reflète un processus organisationnel plus large. Le fait que les relations se maintiennent à travers le temps suggère que les facteurs organisationnels agissent en continu sur le vécu psychologique des professionnels, et que l'intention de quitter représente un indicateur sensible de ruptures profondes dans le rapport à l'organisation. Cette observation résonne avec les modèles théoriques intégrant la notion d'érosion psychologique progressive, selon lesquels la

détérioration de la santé psychologique au travail résulte d'un processus séquentiel plutôt que d'une réaction ponctuelle.

En somme, les résultats longitudinaux apportent une validation temporelle importante aux hypothèses centrales de cette thèse. Ils confirment que l'intention de quitter ne constitue pas seulement un indicateur immédiat de fragilité psychologique, mais également un prédicteur à moyen terme de l'évolution du bien-être et de la détresse. Cette perspective enrichit significativement la compréhension du désengagement en milieu infirmier et souligne la nécessité d'interventions organisationnelles précoces pour prévenir la dégradation de la santé psychologique dans cette profession.

4.2.3. Le rôle du leadership : une modération significative

Les résultats présentés au chapitre 3 mettent en lumière un rôle central et modérateur du leadership dans la relation entre l'intention de quitter et la santé psychologique du personnel infirmier. Cette contribution est particulièrement significative, car elle permet de nuancer et d'approfondir la compréhension des mécanismes psychologiques à l'œuvre dans les milieux de soins, où le leadership constitue non seulement un facteur organisationnel, mais également un élément déterminant de l'expérience subjective au travail. La modération exercée par le leadership authentique et le leadership tyrannique montre que les effets du désengagement cognitif ne se manifestent pas de manière uniforme, mais varient en fonction du climat relationnel instauré par les supérieurs hiérarchiques.

Le leadership authentique apparaît comme une ressource protectrice essentielle. Les résultats démontrent que, dans les environnements où les gestionnaires manifestent transparence, intégrité, congruence et souci du développement individuel, l'effet délétère de l'intention de quitter

sur la santé psychologique est significativement atténué. Cette observation s'arrime directement aux modèles théoriques du leadership authentique, qui soulignent l'importance de la confiance, du soutien émotionnel et de la qualité de la relation leader–subordonné. Dans ce cadre, le leadership authentique agit comme un facteur de stabilisation affective et identitaire : il offre un espace sécurisant permettant au personnel infirmier de maintenir un sens au travail, malgré la présence d'une envie de retrait ou d'un désengagement naissant. Cette capacité du leadership à amortir la charge psychologique associée à l'intention de quitter témoigne de son rôle crucial dans la préservation du bien-être et dans la prévention de l'érosion morale et émotionnelle.

Il convient toutefois de nuancer ce résultat à la lumière de la divergence observée entre les analyses transversales et longitudinales. En analyse transversale, le terme d'interaction entre le leadership authentique et l'intention de quitter présente un signe négatif inattendu pour la relation avec le bien-être psychologique ($\beta = -0,09$, $p = ,047$), suggérant que le leadership authentique accentuerait légèrement l'effet négatif à un instant T — soit la direction opposée à celle prédite par H2a. Ce résultat, qui aurait pu être ignoré, mérite une interprétation explicite.

Une lecture exploratoire suggère que l'effet protecteur du leadership authentique serait différé dans le temps plutôt qu'immédiat. En contexte transversal, l'intention de quitter peut coexister avec certaines tensions relationnelles associées à un leadership perçu comme authentique — notamment des exigences de transparence, de questionnement de soi et de responsabilisation qui peuvent, à court terme, accroître la charge cognitive. En revanche, à plus long terme, cette même authenticité offrirait des ressources relationnelles et identitaires permettant d'atténuer progressivement l'érosion du bien-être. Ce mécanisme est cohérent avec le résultat longitudinal ($\beta = -0,101$, $p = ,010$), où l'effet protecteur est bien présent et dans la direction attendue.

À l'inverse, le leadership tyrannique amplifie fortement les effets négatifs de l'intention de quitter sur la santé psychologique. Les données montrent que, dans les contextes où les gestionnaires adoptent des comportements autoritaires, intimidants, humiliants ou arbitraires, la détresse psychologique s'accroît de façon notable chez les professionnels exprimant un désir de quitter leur organisation. Ce résultat s'inscrit dans la continuité des théories psychosociales suggérant que la perception d'injustice, l'absence de reconnaissance et l'abus de pouvoir constituent des stressseurs majeurs contribuant à la souffrance psychologique. Pour un individu déjà fragilisé par un désengagement cognitif, l'exposition à un leadership coercitif accélère le processus de détérioration, renforce les sentiments d'impuissance ou de menace et réduit la capacité à mobiliser des ressources personnelles pour faire face aux exigences du travail.

Ces deux formes de leadership, opposées dans leur nature et dans leurs effets, illustrent ainsi la plasticité de la relation entre intention de quitter et santé psychologique. Elles démontrent que la dynamique psychologique du personnel infirmier ne dépend pas uniquement de facteurs individuels ou structurels, mais également de la qualité du lien hiérarchique, qui peut soit atténuer soit exacerber les répercussions du désengagement. Cette modération significative confère au leadership une place centrale dans les stratégies de prévention et d'intervention. Elle suggère que la promotion du leadership authentique et la réduction des comportements tyranniques devraient constituer des priorités organisationnelles, tant pour préserver la santé psychologique que pour améliorer la rétention du personnel infirmier.

4.3. Intégration dans le modèle des Demandes–Ressources

La présente section vise à situer les résultats de cette étude dans le cadre du modèle des Demandes–Ressources (JD-R), introduit au chapitre 1 comme l'un des modèles théoriques les plus

pertinents pour comprendre la santé psychologique au travail. En effet, les relations observées entre l'intention de quitter, la santé psychologique et les styles de leadership s'inscrivent directement dans la logique du JD-R, qui postule que l'équilibre entre les demandes imposées par l'environnement de travail et les ressources disponibles détermine l'état psychologique des travailleurs. L'analyse intégrative qui suit permettra de montrer comment les résultats empiriques de cette thèse confirment et enrichissent ce modèle, tout en mettant en lumière des mécanismes spécifiques au contexte infirmier.

4.3.1. L'intention de quitter comme indicateur de demande psychologique

La reconceptualisation de l'intention de quitter comme demande psychologique au sens du modèle JD-R constitue la contribution théorique la plus originale de cette thèse. Les résultats obtenus permettent de reconsidérer l'intention de quitter non seulement comme un indicateur de désengagement ou comme une variable de sortie, mais également comme une **demande psychologique** au sens du modèle des Demandes–Ressources (JD-R). En effet, lorsque le personnel infirmier manifeste un désir de quitter son organisation, ce désir n'est pas neutre : il traduit une tension cognitive et émotionnelle qui s'ajoute aux exigences déjà présentes dans l'environnement de travail. L'intention de quitter agit ainsi comme une charge mentale supplémentaire, mobilisant des ressources psychologiques importantes liées à la projection d'un départ, aux interrogations sur l'avenir professionnel, au sentiment d'inadéquation ou de rupture avec les valeurs organisationnelles et, souvent, à la culpabilité associée à l'abandon d'un milieu de soins exigeant.

Dans le cadre du JD-R, une demande psychologique correspond à un facteur qui sollicite les capacités d'adaptation de l'individu et qui, s'il est prolongé, peut entraîner un processus d'usure

émotionnelle. Les résultats empiriques présentés au chapitre 3 s'inscrivent pleinement dans cette logique : l'intention de quitter prédit une augmentation de la détresse psychologique et une diminution du bien-être, ce qui suggère que ce retrait constitue un point de bascule dans le processus de détérioration psychologique. L'intention de quitter ne se contente pas de refléter une situation problématique : elle contribue elle-même à fragiliser l'individu en drainant ses ressources internes, en nourrissant le stress perçu et en affaiblissant son sentiment de contrôle sur son environnement professionnel.

Considérer l'intention de quitter comme une demande psychologique enrichit significativement la lecture du modèle JD-R. Cette perspective met en lumière un mécanisme souvent négligé dans les études antérieures : la dynamique interne de l'individu peut générer, à elle seule, des exigences psychologiques supplémentaires, indépendamment des contraintes objectives du travail. Dans le cas du personnel infirmier, l'intention de quitter devient ainsi un marqueur précoce d'un déséquilibre entre les demandes du milieu et les ressources personnelles mobilisables. Reconnaître cette fonction de l'intention de quitter permet d'envisager des stratégies plus précoces et plus fines de prévention, centrées sur l'identification du désengagement cognitif avant que celui-ci ne se traduise par une détérioration manifeste de la santé psychologique.

4.3.2. Le leadership comme ressource ou anti-ressource

Dans la perspective du modèle des Demandes–Ressources (JD-R), le leadership occupe une position déterminante puisqu'il peut agir soit comme une **ressource**, soit comme une **anti-ressource**, amplifiant ou atténuant les effets des demandes psychologiques associées à l'intention de quitter. Les résultats empiriques du chapitre 3 confirment avec force cette dualité : le leadership authentique constitue une ressource fondamentale, alors que le leadership tyrannique se comporte

comme une source additionnelle de demande psychologique, aggravant la détresse et fragilisant le bien-être.

Le leadership authentique, caractérisé par la transparence, l'intégrité, l'équité et la capacité à instaurer un climat de confiance, contribue à renforcer les ressources personnelles et sociales des infirmières et infirmiers. Il joue un rôle protecteur en offrant un cadre relationnel sécurisant et stable, permettant au personnel de mieux faire face aux tensions liées à l'intention de quitter. Dans ce contexte, le leadership authentique fonctionne comme un **amortisseur**, neutralisant une partie de la charge émotionnelle associée au désengagement cognitif et limitant son impact sur la santé psychologique. Cette fonction est conforme aux prédictions du JD-R : une ressource véritable est une variable capable de réduire les effets des demandes ou d'améliorer la capacité d'adaptation de l'individu.

À l'inverse, le leadership tyrannique représente une source de pression psychologique supplémentaire. Ses manifestations — autoritarisme, comportements hostiles, manque de reconnaissance ou micro-agressions — entraînent un sentiment d'insécurité, de menace et de déséquilibre émotionnel qui se superpose aux effets déjà déstabilisants de l'intention de quitter. Dans la logique du JD-R, le leadership tyrannique agit comme une **anti-ressource**, c'est-à-dire comme une demande additionnelle qui réduit la marge d'adaptation du personnel, accélère l'épuisement et intensifie la détresse psychologique. Les personnes exprimant déjà des signes de désengagement intentionnel se retrouvent ainsi particulièrement vulnérables face à ce type de climat relationnel.

Ainsi, l'intégration du leadership dans le cadre JD-R permet de comprendre pourquoi les effets de l'intention de quitter ne se manifestent pas de manière uniforme : c'est le type de leadership en place qui module la direction et l'intensité des répercussions psychologiques. Ces

résultats renforcent l'idée que la santé psychologique en milieu infirmier dépend non seulement des exigences du travail, mais aussi de la qualité de la relation hiérarchique, qui peut constituer une ressource déterminante ou un facteur de risque majeur.

4.3.3. Contribution théorique : vers un modèle intégratif

Le choix du modèle JD-R comme cadre intégratif de cette thèse repose sur trois raisons complémentaires. Premièrement, ce modèle est le seul qui conceptualise explicitement la relation bidirectionnelle entre ressources organisationnelles et santé psychologique, ce qui correspond directement à notre devis longitudinal. Deuxièmement, contrairement à la théorie COR (Hobfoll, 2002), le modèle JD-R permet d'intégrer le rôle modérateur du leadership comme ressource ou anti-ressource de manière opérationnalisable. Troisièmement, et c'est la contribution la plus originale de cette thèse, le modèle JD-R peut être enrichi en y intégrant l'intention de quitter non pas comme variable de résultat, mais comme demande psychologique interne — ce qui élargit le modèle classique centré sur les contraintes objectives du travail.

Les résultats de cette thèse permettent de proposer un modèle intégratif original qui enrichit substantiellement la compréhension des dynamiques psychologiques en milieu infirmier. En articulant l'intention de quitter, la santé psychologique et les styles de leadership dans une perspective inspirée du modèle des Demandes–Ressources (JD-R), l'étude met en évidence un enchaînement théorique jusqu'ici sous-exploré : le désengagement intentionnel — conceptualisé à travers l'intention de quitter — peut être considéré comme un mécanisme intermédiaire reliant les demandes organisationnelles à la détérioration de la santé psychologique, tout en étant modulé par les ressources relationnelles incarnées par le leadership.

Ce modèle intégratif repose sur trois contributions majeures. Premièrement, la thèse introduit une conception renouvelée de l'intention de quitter, non pas simplement comme issue organisationnelle, mais comme **indicateur cognitif central** pouvant jouer un rôle causal dans la détérioration psychologique. Cette proposition élargit les modèles traditionnels du désengagement et met en lumière un processus interne de rupture, qui intervient bien avant le comportement de départ. Deuxièmement, la validation empirique de la structure bidimensionnelle de la santé psychologique permet d'intégrer simultanément les effets sur le bien-être et la détresse, ce qui confère au modèle une finesse analytique rarement observée dans les études antérieures. Enfin, l'inclusion différenciée du leadership authentique et du leadership tyrannique révèle que la nature du climat relationnel n'agit pas seulement comme un facteur externe, mais joue un rôle structurant dans la manière dont les individus absorbent ou subissent les demandes organisationnelles.

Ainsi, le modèle proposé articule une dynamique circulaire où les contraintes du contexte de soins influencent l'intention de quitter, laquelle fragilise la santé psychologique, tandis que les ressources relationnelles — ou leur absence — modulent l'intensité de ce processus. Ce modèle intégratif ouvre la voie à une compréhension plus nuancée des mécanismes psychosociaux propres au personnel infirmier et représente une avancée théorique importante, tant pour la recherche que pour les interventions organisationnelles visant à soutenir durablement la santé psychologique au travail.

4.4. Implications pratiques pour la gestion hospitalière

La présente section vise à traduire les résultats de cette étude en recommandations concrètes pour la gestion hospitalière. Dans un contexte où les établissements de santé font face à des défis persistants en matière de rétention, de bien-être et de qualité des soins, les relations mises

en évidence entre l'intention de quitter, la santé psychologique et les styles de leadership offrent des pistes d'action essentielles. En s'appuyant sur la compréhension des mécanismes psychosociaux dégagés par cette recherche, cette section propose des leviers pratiques permettant aux organisations de mieux prévenir l'érosion psychologique, de renforcer les ressources internes et de favoriser un climat de travail propice à la satisfaction et à l'engagement du personnel infirmier.

4.4.1. Détection précoce du désengagement

Les résultats de cette thèse soulignent l'importance cruciale de détecter rapidement les premiers signes de désengagement chez le personnel infirmier afin de prévenir la dégradation de leur santé psychologique. Contrairement aux approches traditionnelles qui considèrent l'intention de quitter comme un indicateur tardif, souvent observé uniquement lorsque le départ est imminent, les analyses présentées au chapitre 3 montrent que cette intention constitue un signal précoce révélateur d'un processus psychologique déjà en cours. L'intention de quitter s'avère être une manifestation cognitive du désengagement, traduisant une rupture dans le lien symbolique entre l'individu et son milieu de travail. En ce sens, elle doit être interprétée comme un indicateur d'alerte, permettant aux gestionnaires d'intervenir avant que la détresse psychologique, le burnout ou les comportements de retrait concrets ne se manifestent pleinement.

La détection précoce du désengagement exige toutefois que les organisations de soins mettent en place des mécanismes d'observation, d'écoute et de suivi beaucoup plus proactifs qu'à l'heure actuelle. Cela implique notamment d'intégrer des outils réguliers d'évaluation du climat psychologique, d'instaurer des entretiens de rétroaction constructive, ou encore de surveiller les indicateurs organisationnels sensibles tels que l'absentéisme ponctuel, la diminution de

l'implication dans les activités collectives, ou les variations dans la qualité des interactions professionnelles. Une attention particulière doit être accordée à la verbalisation même modérée de souhaits de départ, souvent minimisés ou perçus comme anodins, mais qui, selon les résultats de cette thèse, constituent un marqueur clair de fragilité psychologique chez les infirmières et infirmiers.

L'efficacité de cette détection précoce repose également sur la capacité des gestionnaires à instaurer un climat relationnel favorisant la confiance et la transparence. Lorsque les membres du personnel se sentent en sécurité psychologique, ils sont plus enclins à exprimer leurs doutes, leurs frustrations ou leurs préoccupations, ce qui permet d'intervenir rapidement et de manière ciblée. Dans cette optique, la formation des cadres gestionnaires à l'écoute active, à la prévention des risques psychosociaux et à l'accompagnement du personnel devient un levier stratégique essentiel pour anticiper les difficultés avant qu'elles ne se transforment en problèmes de santé mentale.

En définitive, la détection précoce du désengagement constitue une stratégie organisationnelle de première importance, non seulement pour prévenir la détérioration du bien-être du personnel infirmier, mais aussi pour améliorer la rétention, réduire les coûts liés au roulement et assurer une qualité de soins optimale. Elle invite les milieux hospitaliers à considérer l'intention de quitter non comme un symptôme tardif, mais comme un indicateur sensible et précieux permettant d'agir de manière préventive et durable.

4.4.2. Promotion du leadership authentique

Les résultats de cette thèse soulignent avec force l'importance du leadership authentique comme ressource centrale dans la protection de la santé psychologique du personnel infirmier. En

atténuant l'impact négatif de l'intention de quitter sur le bien-être et la détresse psychologique, le leadership authentique démontre qu'il ne s'agit pas simplement d'un style de gestion apprécié, mais d'un véritable levier organisationnel capable de prévenir la dégradation psychologique et de soutenir l'engagement affectif des professionnelles en soins. Sa capacité à instaurer un climat de confiance, à encourager la transparence, à promouvoir la reconnaissance et à favoriser un sentiment de cohérence et de sens au travail constitue un filet de sécurité psychosociale particulièrement nécessaire dans des environnements où les demandes émotionnelles et organisationnelles sont extrêmement élevées.

Promouvoir le leadership authentique implique d'abord d'investir dans le développement des compétences des gestionnaires. Les organisations hospitalières gagneraient à offrir des formations ciblées portant sur l'intelligence émotionnelle, la communication bienveillante, la gestion éthique et la prise de décision participative. Ces compétences, au cœur du leadership authentique, renforcent la capacité des cadres à créer un environnement où les infirmières et infirmiers se sentent valorisés, écoutés et soutenus. De telles initiatives permettent également de réduire la distance hiérarchique, de favoriser un climat relationnel positif et de limiter les perceptions d'injustice organisationnelle, toutes reconnues comme des déterminants importants du bien-être psychologique.

De plus, la promotion du leadership authentique exige une transformation des cultures organisationnelles. Les établissements doivent encourager des pratiques managériales axées sur la collaboration, la rétroaction constructive et la responsabilisation professionnelle. Cela implique de reconnaître formellement les comportements authentiques – tels que la congruence entre actions et valeurs, la capacité à reconnaître ses propres limites ou la volonté d'impliquer le personnel dans les décisions – comme des critères d'excellence en leadership. En valorisant ces comportements,

les organisations créent un cercle vertueux capable de renforcer la motivation interne, de réduire la détresse émotionnelle et d'améliorer la qualité des relations professionnelles.

En somme, la promotion du leadership authentique constitue une stratégie incontournable pour soutenir durablement la santé psychologique du personnel infirmier et renforcer son engagement envers l'organisation. En investissant dans le développement et la valorisation de ce type de leadership, les milieux hospitaliers peuvent non seulement prévenir l'érosion psychologique, mais également améliorer la rétention, la satisfaction au travail et la qualité globale des soins offerts aux patients.

4.4.3. Prévention du leadership tyrannique

Les résultats de cette thèse démontrent de manière éloquent que le leadership tyrannique constitue un facteur de risque majeur pour la santé psychologique du personnel infirmier. En amplifiant l'impact négatif de l'intention de quitter sur la détresse psychologique, ce style de leadership se révèle non seulement délétère pour le bien-être individuel, mais également pour le fonctionnement général des équipes et la qualité des soins. Le leadership tyrannique — caractérisé par l'autoritarisme, la rigidité, l'intimidation, la dévalorisation ou la manipulation — crée un climat relationnel toxique qui réduit les ressources psychologiques des travailleurs, augmente la perception de menace et contribue à l'érosion progressive du sentiment de sécurité au travail. La prévention de ce type de leadership apparaît donc comme une priorité organisationnelle incontournable.

Pour prévenir l'émergence ou la persistance de comportements tyranniques, les organisations hospitalières devraient adopter une approche proactive à plusieurs niveaux. Tout d'abord, il est essentiel de mettre en place des mécanismes structurés d'évaluation du leadership,

permettant de repérer rapidement les signes de dérives autoritaires ou de comportements abusifs. Ces mécanismes peuvent inclure des sondages anonymes, des évaluations 360°, des audits du climat d'équipe ou des rencontres régulières entre la direction et les membres du personnel. L'objectif est de rendre visible ce qui, trop souvent, demeure minimisé ou banalisé, notamment dans des contextes de forte pression organisationnelle.

Ensuite, la prévention du leadership tyrannique nécessite une culture organisationnelle qui condamne clairement les comportements abusifs et qui valorise les pratiques éthiques. La mise en place de politiques explicites contre le harcèlement psychologique, soutenues par des procédures confidentielles et accessibles de signalement, est essentielle pour encourager le personnel à dénoncer des conduites inappropriées sans craindre de représailles. De plus, les gestionnaires doivent être formés aux compétences de régulation émotionnelle, à la gestion non coercitive des conflits et à l'autorité bienveillante. Ces formations permettent de développer un cadre relationnel respectueux et de limiter les usages de pouvoir mal adaptés, souvent exacerbés dans des environnements où la charge de travail est importante.

Enfin, la direction doit envoyer un message clair : les comportements tyranniques ne sont pas tolérés et engendrent des conséquences directes, cohérentes et transparentes. En intervenant rapidement, les organisations non seulement protègent leurs travailleurs, mais renforcent également la confiance institutionnelle. La prévention du leadership tyrannique contribue ainsi à restaurer un climat de travail sain, à améliorer la cohésion d'équipe et à réduire les risques psychosociaux, tout en soutenant la rétention du personnel infirmier.

4.4.4. Amélioration des ressources organisationnelles

Les résultats de cette recherche démontrent que la santé psychologique du personnel infirmier dépend non seulement des caractéristiques individuelles ou relationnelles, mais également de la disponibilité et de la qualité des ressources organisationnelles mises à leur disposition. Dans la logique du modèle des Demandes–Ressources (JD-R), les ressources organisationnelles jouent un rôle déterminant dans la prévention de l'épuisement, la réduction de la détresse psychologique et la promotion du bien-être au travail. Elles constituent des leviers essentiels permettant de contrebalancer les exigences élevées du milieu infirmier, telles que la charge de travail, les pressions émotionnelles, le travail en rotation ou les responsabilités critiques liées aux soins. Améliorer ces ressources représente donc un axe central d'intervention pour soutenir durablement le personnel infirmier.

Une première ressource fondamentale consiste à renforcer l'autonomie professionnelle. Les infirmières et infirmiers qui disposent de marges de manœuvre pour organiser leur travail, ajuster leurs priorités ou participer à la prise de décision rapportent généralement un meilleur bien-être psychologique et une intention de quitter plus faible. Les organisations hospitalières peuvent favoriser cette autonomie en impliquant davantage le personnel dans les décisions cliniques et organisationnelles, en soutenant des modèles de gestion participative et en encourageant des initiatives d'amélioration continue pilotées par les équipes elles-mêmes.

La reconnaissance constitue une seconde ressource clé. Qu'elle soit formelle ou informelle, la reconnaissance des efforts, des compétences et de la contribution du personnel infirmier joue un rôle protecteur majeur. Des pratiques simples — rétroactions positives régulières, célébration des réussites, mise en valeur des expertises individuelles — peuvent renforcer le sentiment d'appartenance et contribuer à réduire les effets de la fatigue émotionnelle. Dans un contexte où

la pression de performance est élevée, exprimer la valeur du travail accompli devient un acte essentiel de soutien psychologique.

Enfin, le renforcement du soutien social et des ressources collectives est indispensable. Cela inclut la qualité des relations au sein des équipes, la possibilité d'obtenir de l'aide en cas de surcharge, ainsi que la mise en place d'espaces de discussion ou de supervision clinique permettant de verbaliser les difficultés du quotidien. De même, l'ajustement de la charge de travail, la stabilisation des horaires et l'accès à des services de soutien psychologique contribuent à préserver la santé psychologique du personnel.

En somme, l'amélioration des ressources organisationnelles constitue une stratégie structurante pour prévenir le désengagement, réduire l'intention de quitter et promouvoir un environnement de travail sain. En investissant dans ces ressources, les milieux hospitaliers favorisent non seulement le bien-être des infirmières et infirmiers, mais également la qualité des soins et la performance globale des établissements.

4.5. Limites et pistes de recherche

La présente section vise à souligner les principales limites méthodologiques et conceptuelles de cette thèse, en s'appuyant sur les réflexions issues tant du chapitre 2, consacré à la revue de portée, que du chapitre 3, portant sur l'étude empirique. Identifier ces limites permet de situer la portée réelle des résultats, d'en préciser les conditions de validité et d'ouvrir des pistes pertinentes pour les recherches futures. En mettant en lumière les aspects susceptibles d'être améliorés ou approfondis, cette section contribue à inscrire la thèse dans une dynamique de développement scientifique continu, essentielle à l'avancement des connaissances sur l'engagement, la santé psychologique et le leadership en contexte infirmier.

4.5.1. Limites méthodologiques

Bien que cette thèse apporte une contribution significative à la compréhension des relations entre l'intention de quitter, la santé psychologique et les styles de leadership, certaines limites méthodologiques doivent être reconnues afin de contextualiser la portée des résultats.

La première limite, et la plus fondamentale, concerne l'ancienneté des données empiriques utilisées. Collectées en 2011 dans le cadre d'un projet CRSH dirigé par d'autres chercheurs (Savoie, Brunet, Boudrias, Morin, Alderson), ces données précèdent de 14 ans la présente soutenance. Le contexte infirmier québécois a été profondément transformé depuis — réformes majeures du système de santé, pandémie de COVID-19, pénurie de personnel sans précédent — ce qui limite la généralisabilité des résultats au contexte infirmier actuel. Par ailleurs, l'utilisation de données de 2011 crée une incohérence avec les critères d'inclusion de la revue de portée du Chapitre 2, qui excluait explicitement les études antérieures à 2015, ces deux volets ayant des fonctions analytiques distinctes. Cette limite doit guider la prudence dans l'interprétation de l'ensemble des conclusions de cette thèse.

Une deuxième limite concerne les propriétés psychométriques de l'*Authentic Leadership* Questionnaire (ALQ). Les analyses factorielles confirmatoires ont révélé des indices d'ajustement sous les seuils conventionnels fixés dans le protocole méthodologique : CFI = 0,867 (seuil requis : $\geq 0,90$) et RMSEA = 0,139 (seuil requis : $\leq 0,08$). Bien que la validité convergente soit partiellement soutenue par un SRMR satisfaisant (0,055) et une cohérence interne élevée ($\alpha = 0,92$), cet ajustement modéré invite à interpréter avec prudence les conclusions relatives au rôle modérateur du leadership authentique (H2a), tant en analyse transversale que longitudinale.

La troisième limite concerne l'utilisation d'un devis non expérimental et principalement corrélationnel. Bien que les analyses longitudinales offrent un meilleur aperçu des relations

temporelles entre les variables, elles ne permettent pas d'établir de causalité stricte. Les conclusions proposées s'appuient sur des tendances statistiques robustes, mais demeurent tributaires des limites inhérentes aux méthodes observationnelles, où des variables non mesurées ou des facteurs contextuels externes peuvent exercer une influence.

Une quatrième limite réside dans le caractère auto-rapporté des mesures utilisées. Les instruments de mesure reposent sur la perception subjective des participantes et participants, ce qui expose les données aux biais liés à la désirabilité sociale, à la mémoire ou à la compréhension variable des énoncés. Dans un contexte comme celui des soins infirmiers — marqué par une forte charge émotionnelle et une culture professionnelle parfois réticente à l'expression de la vulnérabilité — ces biais peuvent être amplifiés. Par ailleurs, bien que les échelles employées possèdent d'excellentes qualités psychométriques, l'auto-évaluation de la santé psychologique peut diverger des manifestations cliniques objectives ou des évaluations externes.

La taille et la composition de l'échantillon constituent une cinquième limite importante. Le passage du temps 1 au temps 2 a entraîné une attrition notable, réduisant l'échantillon longitudinal à 406 participantes et participants. Cette réduction peut avoir introduit un biais de sélection, dans la mesure où les personnes ayant accepté de participer à la seconde collecte de données pourraient différer systématiquement de celles qui se sont retirées (par exemple en termes de charge de travail, de détresse ou de satisfaction professionnelle). Cette situation limite la généralisation des résultats longitudinaux à l'ensemble du personnel infirmier québécois. De plus, l'échantillon demeure largement féminin, reflétant la réalité de la profession, mais rendant difficile l'exploration de potentiels effets différenciés selon le genre.

Une sixième limite réside dans certaines conditions statistiques liées aux variables étudiées. Par exemple, la distribution asymétrique observée pour le leadership tyrannique, bien qu'attendue

étant donné la rareté de comportements explicitement abusifs, a pu réduire la sensibilité de certaines analyses. Malgré les vérifications de normalité et le recours à des techniques robustes, cette asymétrie demeure une contrainte méthodologique qu'il convient de considérer avec prudence dans l'interprétation des résultats.

Enfin, l'étude ne tient pas compte d'autres facteurs organisationnels ou personnels susceptibles d'influencer la relation entre intention de quitter et santé psychologique, tels que les stratégies individuelles de coping, les événements de vie, les conditions contractuelles ou la dynamique des équipes de travail. L'absence de ces variables limite la capacité du modèle à capturer toute la complexité du phénomène étudié.

En somme, bien que méthodologiquement solide et rigoureuse, cette étude n'échappe pas aux limites propres aux recherches en contexte réel. La reconnaissance de ces contraintes méthodologiques permet de nuancer les résultats et d'orienter les futures recherches vers des devis plus diversifiés et plus complets.

4.5.2. Limites conceptuelles

Sur le plan conceptuel, plusieurs limites doivent être soulignées afin de mieux situer la portée des conclusions théoriques de cette thèse. La première limite découle directement des constats de la revue de portée présentée au chapitre 2 : l'ambiguïté persistante autour du concept d'engagement. Bien que cette thèse ait choisi d'opérationnaliser le désengagement à travers l'intention de quitter, ce choix—tout en étant justifié par la littérature et validé empiriquement—ne permet pas de couvrir l'ensemble des facettes du concept d'engagement. Les dimensions affective, normative, professionnelle ou encore émotionnelle de l'engagement, abondamment discutées dans la littérature, ne sont pas directement intégrées dans le modèle proposé. Cette

restriction limite la capacité de cette étude à capturer la complexité multidimensionnelle du concept et laisse de côté certaines dynamiques relationnelles susceptibles d'intervenir dans la santé psychologique du personnel infirmier.

La deuxième limite concerne la conceptualisation de la santé psychologique. Bien que cette thèse confirme empiriquement la pertinence d'un modèle bidimensionnel articulé autour du bien-être et de la détresse psychologique, cette opérationnalisation demeure partielle au regard des modèles plus larges utilisés dans la littérature générale en psychologie de la santé. D'autres composantes, telles que la satisfaction de vie, le fonctionnement social, la résilience ou les symptômes cliniques, ne sont pas prises en compte. Ce choix permet une cohérence méthodologique et théorique dans le cadre de cette recherche, mais limite la compréhension de la santé psychologique à une perspective centrée sur le vécu professionnel et exclut des dimensions plus globales de la santé mentale. Cette approche ciblée, bien que justifiée, réduit la portée des conclusions au domaine spécifique du travail infirmier.

Une troisième limite conceptuelle réside dans le recours au leadership authentique et au leadership tyrannique comme modérateurs. Bien que ces deux formes de leadership représentent des pôles théoriques contrastés et pertinents, elles ne couvrent pas la diversité des styles de leadership pertinents dans les milieux infirmiers, tels que le leadership transformationnel, le leadership soutenant, le leadership éthique ou le leadership transactionnel. L'accent mis sur ces deux styles a permis de démontrer des effets différenciés clairs et robustes, mais laisse de côté une palette de comportements de gestion potentiellement influents sur la santé psychologique et le désengagement. Par conséquent, le modèle proposé, bien qu'opérationnel, reste partiel dans sa représentation du rôle du leadership.

Enfin, une limite conceptuelle importante concerne l'absence d'intégration explicite des dynamiques interprofessionnelles ou des variables liées au fonctionnement organisationnel plus large, telles que le climat de sécurité, les normes culturelles ou les pratiques de gestion des ressources humaines. Le modèle proposé se concentre principalement sur les dynamiques individuelles et dyadiques, ce qui est cohérent avec l'objectif de la thèse, mais ne permet pas une compréhension systémique complète de la santé psychologique en milieu hospitalier. Une approche plus holistique pourrait intégrer ces dimensions organisationnelles afin d'offrir une vision plus globale de la manière dont les structures institutionnelles influencent l'intention de quitter, le bien-être et la détresse psychologique.

En somme, les limites conceptuelles découlent principalement de choix théoriques nécessaires à la construction d'un modèle cohérent et opérationnel, mais qui en réduisent partiellement la portée explicative. Ces limites ouvrent la voie à des approfondissements futurs visant à intégrer des conceptualisations plus larges de l'engagement, de la santé psychologique et du leadership.

4.5.3. Pistes futures

Les limites méthodologiques et conceptuelles identifiées dans cette recherche ouvrent plusieurs pistes prometteuses pour de futurs travaux. D'abord, l'utilisation d'un devis longitudinal plus étendu, incluant trois ou quatre temps de mesure, permettrait de mieux saisir la dynamique évolutive entre intention de quitter et santé psychologique, et d'examiner plus finement les trajectoires individuelles. Ce type de devis renforcerait la compréhension des mécanismes causaux et offrirait un portrait plus nuancé des fluctuations psychologiques dans le temps. De plus, l'intégration de méthodes mixtes, combinant données quantitatives et entretiens qualitatifs,

permettrait d'explorer plus en profondeur le vécu subjectif des infirmières et infirmiers, en particulier les raisons qui sous-tendent l'intention de quitter, les sources de détresse ou les facteurs de résilience perçus.

Ensuite, les futures recherches pourraient élargir la conceptualisation de l'engagement au-delà de l'intention de quitter, en intégrant les dimensions affectives, normative et professionnelle. Une approche multidimensionnelle permettrait de comparer la pertinence de ces différentes facettes dans la prédiction de la santé psychologique, tout en évaluant si certains types d'engagement jouent un rôle protecteur plus fort que d'autres. De même, il serait pertinent d'examiner d'autres styles de leadership — comme le leadership transformationnel, éthique ou soutenant — afin d'identifier ceux qui exercent les effets modulateurs les plus significatifs dans le contexte infirmier.

Enfin, une perspective organisationnelle plus large pourrait être intégrée dans les recherches futures. L'inclusion de variables telles que la culture organisationnelle, les pratiques de gestion des ressources humaines, la densité de personnel, ou encore la charge de travail perçue, permettrait de mieux comprendre comment les environnements hospitaliers façonnent l'intention de quitter et la santé psychologique. L'étude de ces facteurs pourrait mener à la conception de modèles intégrés plus complets, capables de guider de manière plus précise les stratégies institutionnelles de prévention et d'intervention.

Chapitre 5 – Conclusion générale

Le présent chapitre propose une synthèse intégrative de l'ensemble des travaux réalisés au cours de cette thèse, en récapitulant les objectifs initiaux, les principales analyses effectuées et les contributions majeures découlant des chapitres précédents. Après avoir exploré le contexte préoccupant de la santé psychologique du personnel infirmier, clarifié les fondements conceptuels liés à l'engagement et à la détresse au travail, puis mené une étude empirique approfondie permettant de tester un modèle original liant intention de quitter, leadership et santé psychologique, cette conclusion générale vise à articuler la portée globale de ces résultats. Elle met en évidence les avancées théoriques, méthodologiques et pratiques issues de la recherche, tout en soulignant les limites rencontrées et les avenues d'investigation futures. Ce chapitre clôt ainsi la thèse en soulignant sa contribution au développement de connaissances essentielles pour comprendre et améliorer le bien-être du personnel infirmier.

5.1. Synthèse générale de la démarche et des résultats

Cette thèse s'inscrit dans un contexte où la santé psychologique du personnel infirmier constitue un enjeu majeur pour les systèmes de santé contemporains. Le chapitre 1 met en évidence une profession confrontée à des exigences organisationnelles croissantes, à des pressions émotionnelles constantes et à une fragilité psychologique grandissante. Ce constat initial a justifié la nécessité de mieux comprendre les mécanismes en amont de cette détérioration, en particulier le rôle de l'engagement et des dynamiques relationnelles qui structurent l'expérience professionnelle des infirmières et des infirmiers. À partir de ce point de départ, la démarche de recherche a été guidée par un double objectif : clarifier les concepts d'engagement et de santé

psychologique, souvent utilisés de manière polysémique, et examiner empiriquement leur articulation dans un modèle innovant intégrant le leadership à titre de facteur modulateur.

Le chapitre 2 a permis de répondre à la première partie de cet objectif en réalisant une revue de portée systématique fondée sur les méthodologies PRISMA-ScR. Cette démarche a mis en lumière trois constats majeurs. Premièrement, l'engagement apparaît comme un concept extrêmement hétérogène, défini de multiples façons selon les approches théoriques. Deuxièmement, la santé psychologique est de plus en plus reconnue comme une construction bidimensionnelle intégrant bien-être et détresse psychologique, mais cette conception reste encore peu opérationnalisée dans les recherches empiriques portant spécifiquement sur les milieux infirmiers. Troisièmement, les études recensées établissent un lien général entre engagement et santé psychologique, mais sans parvenir à une compréhension intégrée en raison des variations conceptuelles et méthodologiques. Ces constats ont conduit à l'élaboration d'un cadre conceptuel clarifié et à la proposition d'un modèle inversé dans lequel l'intention de quitter — comprise comme manifestation du désengagement — est envisagée comme un prédicteur de la santé psychologique.

Le chapitre 3 a constitué l'axe empirique central de la thèse. À partir d'un devis longitudinal, cette étude a permis d'examiner le rôle prédictif de l'intention de quitter sur le bien-être et la détresse psychologique, tout en étudiant l'effet modérateur de deux styles de leadership contrastés : authentique et tyrannique. Les résultats ont révélé plusieurs éléments significatifs. D'une part, l'intention de quitter prédit une augmentation de la détresse psychologique et une diminution du bien-être. Ce résultat, observé dans les analyses transversales et longitudinales, appuie le modèle prédictif inversé proposé et montre que le désengagement cognitif constitue un indicateur important de détérioration psychologique potentielle. D'autre part, les analyses

indiquent que le leadership exerce une influence modératrice : le leadership authentique joue un rôle protecteur surtout dans la dynamique longitudinale, tandis que le leadership tyrannique amplifie les effets négatifs du désengagement. Enfin, la stabilité temporelle des variables observées souligne l'importance d'examiner ces relations dans le temps, tout en interprétant les résultats avec prudence compte tenu du caractère non expérimental du devis.

Ainsi, l'ensemble de la démarche, de la clarification conceptuelle à l'analyse empirique, converge vers un constat central : l'intention de quitter constitue un indicateur précoce, cohérent et structurant du processus de détérioration psychologique, dont les effets sont fortement modulés par la qualité du leadership exercé. Cette synthèse confirme la pertinence du modèle proposé et met en lumière les dynamiques complexes qui influencent la santé psychologique du personnel infirmier, tout en offrant des pistes d'intervention concrètes pour les organisations de soins.

5.2. Contributions de la thèse

Cette thèse apporte plusieurs contributions significatives au champ de la santé psychologique au travail et, plus spécifiquement, à la compréhension des dynamiques psychosociales qui touchent le personnel infirmier. Ces contributions s'articulent autour de trois axes complémentaires — conceptuel, méthodologique et empirique — qui, ensemble, renforcent la portée théorique de la recherche tout en offrant des implications pratiques pertinentes pour les milieux de soins.

Sur le plan conceptuel, l'une des contributions majeures réside dans la clarification et l'harmonisation de deux concepts clés : l'engagement et la santé psychologique. La revue de portée réalisée au chapitre 2 a mis en évidence une forte hétérogénéité dans les définitions de l'engagement, allant de l'engagement organisationnel affectif à l'engagement professionnel, en

passant par l'implication normative ou encore l'engagement personnel. En proposant de conceptualiser le désengagement à travers l'intention de quitter, cette thèse offre une approche plus cohérente, opérationnelle et adaptée au contexte infirmier. De même, la validation empirique du modèle bidimensionnel de la santé psychologique — intégrant le bien-être et la détresse psychologique — constitue un apport théorique important, en permettant une compréhension plus fine des expériences psychiques des professionnels de la santé. Cette double clarification contribue à réduire la polysémie observée dans la littérature, facilitant ainsi l'accumulation de connaissances comparables.

Sur le plan méthodologique, cette recherche se distingue par l'utilisation d'une revue de portée, suivant les principes PRISMA-ScR, appliquée spécifiquement au domaine de la santé psychologique et de l'engagement en milieu infirmier. Cette approche offre une base solide pour identifier les zones de flou conceptuel, les tendances émergentes et les lacunes méthodologiques des études antérieures, tout en justifiant rigoureusement les choix conceptuels adoptés dans le volet empirique. Par ailleurs, le devis longitudinal mobilisé dans cette étude constitue une contribution méthodologique importante, car il permet d'examiner les relations temporelles entre les variables et d'apporter un éclairage sur la dynamique d'évolution de la santé psychologique. Dans un contexte où la majorité des travaux existants utilisent des données transversales, la présence d'un volet longitudinal confère à cette thèse une robustesse analytique et une profondeur explicative accrues.

Sur le plan empirique, cette thèse propose et valide un modèle inversé novateur dans lequel l'intention de quitter n'est plus considérée comme une conséquence de la détérioration psychologique, mais comme l'un de ses prédicteurs. Cette perspective offre un renversement conceptuel majeur, permettant d'envisager le désengagement comme une demande psychologique

à part entière, susceptible de fragiliser les ressources internes des employés et de déclencher un processus de détérioration progressive. L'étude met également en évidence le rôle modérateur déterminant du leadership. Le leadership authentique se révèle être une ressource protectrice cruciale, atténuant les effets négatifs du désengagement sur la santé psychologique, tandis que le leadership tyrannique agit comme une anti-ressource, amplifiant la détresse et accélérant la dégradation du bien-être. Enfin, l'analyse de la stabilité temporelle des variables et la confirmation de la pertinence du modèle bidimensionnel de la santé psychologique renforcent la richesse empirique de cette recherche.

En somme, les contributions de cette thèse se situent à la croisée de l'innovation conceptuelle, de la rigueur méthodologique et de la pertinence empirique. Elles permettent de mieux comprendre les mécanismes psychologiques qui sous-tendent l'intention de quitter et la santé psychologique, tout en éclairant le rôle fondamental du leadership dans ces dynamiques. Ensemble, ces apports offrent une base solide pour orienter les pratiques de gestion, soutenir les interventions organisationnelles et guider les recherches futures sur la santé psychologique en milieu infirmier.

5.3. Implications pratiques et organisationnelles

Les résultats de cette thèse offrent des implications pratiques importantes pour les milieux hospitaliers, qui doivent composer avec un contexte de pénurie de main-d'œuvre, de surcharge de travail et de taux de détresse psychologique en hausse chez le personnel infirmier. En démontrant le rôle central de l'intention de quitter comme prédicteur de la santé psychologique, ainsi que l'impact différencié du leadership, cette recherche met en lumière plusieurs leviers d'action qui peuvent être mobilisés afin d'améliorer le bien-être des professionnelles et professionnels et de

favoriser leur rétention. Ces implications s'inscrivent dans une logique préventive et systémique, visant à agir en amont de la détérioration de la santé psychologique tout en renforçant les capacités adaptatives des équipes de soins.

Premièrement, les milieux hospitaliers sont encouragés à intégrer des mécanismes structurés de **détection précoce du désengagement**, en reconnaissant l'intention de quitter comme un indicateur sensible de fragilité psychologique. Au-delà des mesures traditionnelles de performance ou d'absentéisme, les gestionnaires gagneraient à adopter des outils permettant d'identifier rapidement les signes de retrait cognitif ou affectif. Cela peut inclure des sondages réguliers sur le climat de travail, des entretiens d'évaluation centrés sur le vécu émotionnel, ou encore des systèmes anonymisés permettant d'exprimer des préoccupations. La reconnaissance de l'intention de quitter comme un signal précoce permettrait aux organisations d'intervenir de manière plus ciblée, avant que les difficultés ne se transforment en détresse sévère, en burnout ou en départ effectif.

Deuxièmement, les résultats montrent l'importance de **promouvoir le leadership authentique** comme ressource centrale pour soutenir la santé psychologique du personnel infirmier. Les milieux hospitaliers ont ainsi intérêt à encourager la formation et le développement des gestionnaires autour de compétences clés telles que la communication transparente, la reconnaissance, la congruence émotionnelle et la prise de décision participative. Un leadership authentique contribue non seulement à réduire l'impact du désengagement sur la santé psychologique, mais également à instaurer un climat organisationnel fondé sur la confiance, la sécurité psychologique et le sentiment d'appartenance, des éléments essentiels pour la rétention des professionnels de la santé.

Troisièmement, la **prévention du leadership tyrannique** constitue une priorité organisationnelle majeure. Les comportements abusifs, autoritaires ou intimidants aggravent considérablement la détresse psychologique et accélèrent le retrait des employés. Les organisations doivent mettre en place des mécanismes explicites de supervision du climat relationnel, incluant des évaluations 360^{o4}, des politiques claires de signalement des comportements inappropriés et des sanctions proportionnelles en cas de dérive. L'établissement d'une culture organisationnelle qui valorise l'éthique, le respect et la justice organisationnelle représente une condition essentielle pour prévenir les risques psychosociaux liés au leadership.

Enfin, les résultats soulignent la nécessité d'**investir dans les ressources organisationnelles** afin de réduire l'écart entre les demandes du milieu de travail et la capacité d'adaptation des professionnelles et professionnels en soins. L'amélioration de l'autonomie décisionnelle, la reconnaissance des contributions, le soutien des équipes, la stabilisation des horaires, la réduction de la charge de travail excessive ou encore la mise en place de programmes de soutien psychologique sont autant d'actions susceptibles de renforcer le bien-être et de diminuer l'intention de quitter. Adopter une approche globale axée sur le développement des ressources humaines, plutôt que sur la simple gestion des effectifs, permettrait de soutenir durablement la santé psychologique du personnel infirmier.

En somme, les implications pratiques de cette thèse appellent à une vision organisationnelle centrée sur la prévention, la qualité du leadership et la mobilisation des ressources humaines. Elles invitent les milieux hospitaliers à repenser leurs pratiques de gestion afin de créer des environnements de travail plus soutenant, capables de favoriser l'engagement, de prévenir le désengagement et de promouvoir la santé psychologique du personnel infirmier.

⁴ Les évaluations 360° fournissent un retour sur les compétences et comportements professionnels d'une personne de diverses sources (supérieurs, collègues, subordonnés et autoévaluation) pour une vision complète de sa performance.

5.4. Limites et pistes de recherche futures

Bien que cette thèse apporte une contribution significative à la compréhension du désengagement, de la santé psychologique et du rôle du leadership en milieu infirmier, certaines limites doivent être reconnues afin de contextualiser la portée des résultats et de proposer des avenues pertinentes pour les recherches futures. Ces limites, à la fois méthodologiques et conceptuelles, n'affaiblissent pas la valeur de l'étude, mais invitent plutôt à poursuivre les explorations afin d'enrichir et de nuancer les conclusions présentées.

Sur le plan méthodologique, l'utilisation d'un devis non expérimental constitue une première limite importante. Les analyses corrélationnelles et longitudinales permettent d'identifier des relations temporelles robustes, mais ne garantissent pas une causalité formelle. Ainsi, même si l'intention de quitter apparaît comme un prédicteur plausible de la santé psychologique, des variables confondantes non mesurées pourraient intervenir dans ces relations. L'utilisation de devis expérimentaux, quasi-expérimentaux ou de modèles multi-niveaux dans de futures recherches permettrait de renforcer les inférences causales et d'examiner l'influence de facteurs organisationnels plus larges.

Une seconde limite méthodologique concerne l'usage d'instruments d'auto-rapport, susceptibles d'introduire des biais de désirabilité sociale ou des interprétations subjectives variables. Dans des milieux de soins où la charge émotionnelle est élevée, il est possible que certaines participantes et participants aient sous-déclaré leur détresse ou leur désengagement par crainte de jugement ou en raison de normes professionnelles implicites. Pour pallier cette limite, les recherches futures pourraient intégrer des données mixtes (qualitatives et quantitatives), des mesures psychophysiologiques, ou encore des évaluations externes du climat relationnel et organisationnel.

Une autre limite concerne la composition de l'échantillon longitudinal, marqué par une attrition notable entre les deux temps de mesure. Bien que ce phénomène soit courant dans les recherches longitudinales, il peut introduire un biais de sélection. Les personnes ayant quitté l'étude pourraient se distinguer de celles qui sont restées, par exemple en termes de surmenage ou de niveau de détresse. Des études futures pourraient utiliser des stratégies de suivi plus intensives ou des plans de relance des participant(e)s afin de stabiliser les échantillons.

Sur le plan conceptuel, la thèse a fait le choix de conceptualiser le désengagement par le biais de l'intention de quitter. Bien que ce choix soit justifié par la littérature et validé empiriquement, il ne capture pas toutes les dimensions affectives, normatives ou professionnelles de l'engagement. Les futures recherches pourraient intégrer une conceptualisation plus large, multidimensionnelle ou dynamique du concept, permettant de comparer l'efficacité prédictive de différentes facettes de l'engagement en contexte infirmier.

De même, le leadership a été opérationnalisé sous deux formes contrastées : authentique et tyrannique. Si ce choix permet une analyse claire des effets modérateurs, il ne rend pas compte de la diversité des styles de leadership observés dans les milieux de soins. Explorer d'autres styles — transformationnel, éthique, soutenant ou partagé — pourrait enrichir la compréhension de la manière dont les dynamiques relationnelles influencent le bien-être au travail.

Enfin, une piste essentielle pour les recherches futures consiste à intégrer davantage les facteurs organisationnels, tels que la culture institutionnelle, la structure des équipes, la charge réelle de travail, les pratiques en ressources humaines ou la densité de personnel. L'intégration de ces facteurs permettrait de mieux comprendre les déterminants systémiques du désengagement et de la santé psychologique.

En somme, les limites identifiées invitent à poursuivre la réflexion en mobilisant des méthodes plus diversifiées, des cadres conceptuels plus étendus et des échantillons plus représentatifs. Ces pistes futures ouvriront la voie à des modèles plus complets, capables de mieux saisir la complexité du vécu infirmier et d'orienter les interventions destinées à soutenir la santé psychologique dans les milieux de soins.

Références

- Aguinis, H., Gottfredson, R. K. et Joo, H. (2013). Best-Practice Recommendations for Defining, Identifying, and Handling Outliers. *Organizational Research Methods*, 16(2), 270-301.
<https://doi.org/10.1177/1094428112470848>
- Ahmed, H. E. B. et Bourgeault, I. L. (2022). *Soutenir les soins infirmiers au Canada: une série de solutions coordonnées fondées sur des données probantes visant à soutenir la main-d'œuvre infirmière maintenant et demain*. Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers.
https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2022/11/CHWN-CFNU_Report_Sustaining-Nursing-in-Canada2022_FR_web.pdf
- Alilyyani, B., Wong, C. A. et Cummings, G. (2018). Antecedents, mediators, and outcomes of authentic leadership in healthcare: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 83, 34-64. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.04.001>
- Allen, N. J. et Meyer, J. P. (1990). The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization. *Journal of Occupational Psychology*, 63(1), 1-18.
<https://doi.org/10.1111/j.2044-8325.1990.tb00506.x>
- Arksey, H. et O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32.
<https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Arslan Yurumezoglu, H. et Kocaman, G. (2016). Predictors of nurses' intentions to leave the organisation and the profession in Turkey. *Journal of Nursing Management*, 24(2), 235-243.
<https://doi.org/10.1111/jonm.12305>
- Ashforth, B. (1994). Petty tyranny in organizations. *Human Relations*, 47(7), 755-778.
<https://doi.org/10.1177/001872679404700701>

- Astolfi, J.-P., Darot, É., Ginsburger-Vogel, Y. et Toussaint, J. (2008). Chapitre 2. Concept, conceptualisation. Dans J.-P. Astolfi, É. Darot, Y. Ginsburger-Vogel et J. Toussaint (dir.), *Mots-clés de la didactique des sciences* (vol. 2e éd., p. 23-33). De Boeck Supérieur.
<https://doi.org/10.3917/dbu.astol.2008.01.0023>
- Austin, S., Fernet, C., Trépanier, S. et Lavoie-Tremblay, M. (2020). Fatigue in new registered nurses: A 12-month cross-lagged analysis of its association with work motivation, engagement, sickness absence and turnover intention. *Journal of Nursing Management*, 28(3), 606-614.
<https://doi.org/10.1111/jonm.12962>
- Avolio, B. J. et Gardner, W. L. (2005). Authentic leadership development: Getting to the root of positive forms of leadership. *The Leadership Quarterly*, 16(3), 315-338.
<https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2005.03.001>
- Avolio, B. J., Gardner, W. L., Walumbwa, F. O., Luthans, F. et May, D. R. (2004). Unlocking the mask: A look at the process by which authentic leaders impact follower attitudes and behaviors. *The Leadership Quarterly*, 15(6), 801-823. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2004.09.003>
- Bakhamis, L., Paul, D. P., Smith, H. et Coustasse, A. (2019). Still an epidemic: The burnout syndrome in hospital registered nurses. *The Health Care Manager*, 38(1), 3-10.
<https://doi.org/10.1097/HCM.0000000000000243>
- Bakker, A. B. et Demerouti, E. (2017). Job demands–resources theory: Taking stock and looking forward. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(3), 273-285. <https://doi.org/10.1037/ocp0000056>
- Barutcu, C. D. et Ergin, S. (2017). Examination of professional commitment and stress management among nurses from different generations. *International Journal of Caring Sciences*, 10(1), 456.

Becker, H. S. (1964). Personal change in adult life. *Sociometry*, 27(1), 40-53.

<https://doi.org/10.2307/2785801>

Becker, T. E. (2005). Potential problems in the statistical control of variables in organizational research: A qualitative analysis with recommendations. *Organizational Research Methods*, 8(3), 274-289.

<https://doi.org/10.1177/1094428105278021>

Beckers, J. (2010). La détresse psychologique. Dans S. Dauchy et D. Razavi (dir.), *L'adolescent atteint de cancer et les siens: quelle détresse, quelles difficultés, quels souhaits d'aide?* (p. 61-67).

Springer. https://doi.org/10.1007/978-2-287-99086-1_6

Benyamina Douma, N., Gosselin, É., Marceau, M., Ledoux, I. et Lavoie, S. (2021). Description de la santé psychologique des infirmières du Québec (Canada) et identification de ses déterminants dans le contexte de la pandémie de COVID-19 : protocole de recherche d'une étude observationnelle transversale. *Science of Nursing and Health Practices / Science infirmière et pratiques en santé*, 4(1), 1-9. <https://doi.org/10.7202/1077990ar>

Bernaud, J.-L., Desrumaux, P. et Guédon, D. (2021). [Chapitre 4]. Mesurer et modéliser le bien-être au travail. Dans J.-Luc. Bernaud, P. Desrumaux et D. Guédon (dir.), *Psychologie de la bientraitance professionnelle* (p. 53-65). Dunod. <https://www.cairn.info/psychologie-de-la-bientraitance-professionnelle--9782100821396-p-53.htm>

Bernburg, M., Hetzmann, M. S., Mojtahedzadeh, N., Neumann, F. A., Augustin, M., Harth, V., Groneberg, D. A., Zyriax, B.-C. et Mache, S. (2021). Stress perception, sleep quality and work engagement of german outpatient nurses during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1), 313-.

- Besseyre des Horts, C.-H. et Nguyen, V. (2010). Satisfaction, implication, engagement, enracinement et intention de départ des jeunes cadres: une relation ambiguë. *Revue internationale de psychosociologie*, XVI(40), 143-160. <https://doi.org/10.3917/rips.040.0143>
- Boivin-Desrochers, C. et Alderson, M. (2014). Les difficultés/souffrances vécues par les infirmières : stratégies permettant de préserver leur santé mentale, leur sens au travail et leur performance au travail. *Recherche en soins infirmiers*, 118(3), 85-96. <https://doi.org/10.3917/rsi.118.0085>
- Borges, E. M. das N., Sequeira, C. A. da C., Queirós, C. M. L. et Mosteiro-Díaz, M. P. (2021). Workaholism, engagement and family interaction: Comparative study in portuguese and spanish nurses. *Journal of Nursing Management*, 29(4), 731-740. <https://doi.org/10.1111/jonm.13213>
- Boudrias, J.-S., Desrumaux, P., Gaudreau, P., Nelson, K., Brunet, L. et Savoie, A. (2011). Modeling the experience of psychological health at work: The role of personal resources, social-organizational resources, and job demands. *International Journal of Stress Management*, 18(4), 372-395. <https://doi.org/10.1037/a0025353>
- Brook, J., Aitken, L., Webb, R., MacLaren, J. et Salmon, D. (2019). Characteristics of successful interventions to reduce turnover and increase retention of early career nurses: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 91, 47-59. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.11.003>
- Brunet, L., Morin, D., Alderson, M., Cacciatore, G., Savoie, A., Boudrias, J.-S. et Nelson, K. (2015). L'incidence du leadership destructeur sur les attitudes et les comportements au travail. *Humain et Organisation*, 1(1), 25-29. <https://doi.org/10.7202/1096034ar>
- Butts, M. M., Vandenberg, R. J., DeJoy, D. M., Schaffer, B. S. et Wilson, M. G. (2009). Individual reactions to high involvement work processes: Investigating the role of empowerment and

- perceived organizational support. *Journal of Occupational Health Psychology*, 14(2), 122-136.
<https://doi.org/10.1037/a0014114>
- Canadian Federation of Nurses Unions, C. (2024). *Members' Survey 2024: The Crisis in Nursing — Voices from the Front Lines*. https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2024/03/2024-CFNU-Members-Survey-Web-1.pdf?utm_source=chatgpt.com
- Celebi Cakiroglu, O. et Tuncer Unver, G. (2024). Toxic leadership, mental well-being and work engagement among nurses: A scale adaptation study and structural equation model approach. *Journal of Health Organization and Management*, 38(1), 49-69. <https://doi.org/10.1108/JHOM-10-2022-0291>
- Charles-Pauvers, B. et Peyrat-Guillard, D. (2012). *L'implication (ou l'engagement?) au travail: quoi de neuf?* Congrès de l'AGRH. <https://hal.science/hal-01532385>
- Clark, P., Hulse, B. et Polivka, B. J. (2022). Resilience, moral distress, and job satisfaction driving engagement in emergency department nurses: A qualitative analysis. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 52(2), 112-117. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000001111>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates, Inc. <https://doi.org/10.4324/9780203771587>
- Cohen, J., Cohen, P., West, S. G. et Aiken, L. S. (2003). *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences* (3rd edition.). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
<https://doi.org/10.4324/9780203774441>
- Côté, C. (2022). *Cartographie conceptuelle de l'engagement professionnel auprès des infirmières de la relève* [mémoire de maîtrise inédit]. Université Laval.

- Côté, C., Beaulieu, M., Turcotte, S., Bernier, L., Roy, Y., Hardy, M.-S., Truchon, M. et Cantinotti, M. (2022). Attentes du personnel infirmier de la relève envers l'employeur pour favoriser l'engagement professionnel : un premier jalon pour la conception d'interventions organisationnelles au Québec (Canada). *Science of Nursing and Health Practices / Science infirmière et pratiques en santé*, 5(2), 50-69. <https://doi.org/10.7202/1095199ar>
- Côté, N. (2016). Understanding turnover as a lifecycle process: The case of young nurses. *Relations Industrielles Québec*, 71(2), 203-223. <https://doi.org/10.7202/1036607ar>
- Courson, S., Breen, K., Smith, J., Flynn, A., Evans, J., Moffitt, R., Staake, C. et McPherson, S. (2022). Impact of COVID-19 on the level of work engagement of nurses at a small, rural hospital. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 53(4), 157-164. <https://doi.org/10.3928/00220124-20220311-05>
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297-334. <https://doi.org/10.1007/BF02310555>
- Cummings, G. G., Tate, K., Lee, S., Wong, C. A., Paananen, T., Micaroni, S. P. M. et Chatterjee, G. E. (2018). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 85, 19-60. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.04.016>
- Dagenais-Desmarais, V. et Savoie, A. (2012). What is psychological well-being, really? A grassroots approach from the organizational sciences. *Journal of Happiness Studies*, 13(4), 659-684. <https://doi.org/10.1007/s10902-011-9285-3>
- Deci, E. L. et Ryan, R. M. (2000). The « What » and « Why » of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01

- Desai, K., O'Malley, P. et Van Culin, E. (2024). Impact of heartfulness meditation practice compared to the gratitude practices on wellbeing and work engagement among healthcare professionals: Randomized trial. *Plos One*, 19(6), e0304093. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0304093>
- Desrumaux, P., Dose, E. et Paye, K. (2021). *Le bien-être et la détresse psychologique au travail des infirmiers accompagnant les personnes en fin de vie : enquête qualitative par entretiens auprès de 21 infirmiers L'impact de la charge de travail, des soutiens de l'organisation et du supérieur et des ressources personnelles sur la détresse et le bien-être psychologique au travail*. Université de Lille. <https://hal.univ-lille.fr/hal-04451788>
- Doody, O., Murphy, L. et Moloney, M. (2020). Clinical placements in intellectual disability nurse education: A scoping review. *Nurse Education Today*, 94, 104593-104593. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104593>
- Doré, I. et Caron, J. (2017). Santé mentale : concepts, mesures et déterminants. *Santé mentale au Québec*, 42(1), 125-145. <https://doi.org/10.7202/1040247ar>
- Dose, E., Desrumaux, P. et Colombat, P. (2019). Le bien-être psychologique au travail des professionnels du médical et du paramédical : rôles des échanges leader-membres, du soutien organisationnel perçu, du sentiment d'efficacité et médiations par la satisfaction des besoins psychologiques. *Psychologie du travail et des organisations*, 25(4), 251-268. <https://doi.org/10.1016/j.pto.2019.09.002>
- Duchesne, C., Savoie-Zajc, L. et St-Germain, M. (2005). La raison d'être de l'engagement professionnel chez des enseignantes du primaire selon une perspective existentielle. *Revue des sciences de l'éducation*, 31(3), 497-518. <https://doi.org/10.7202/013907ar>
- Durant, E. (2023). Des solutions pour remédier immédiatement à la pénurie de main-d'œuvre infirmière et à l'épuisement professionnel : un examen de la littérature. *Association des infirmières et*

- infirmiers du Canada*. <https://www.infirmiere-canadienne.com/blogs/ic-contenu/2023/04/17/solutions-penurie-de-main-doevre-infirmiere>
- Einarsen, S., Aasland, M. S. et Skogstad, A. (2007). Destructive leadership behaviour: A definition and conceptual model. *The Leadership Quarterly*, 18(3), 207-216.
<https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2007.03.002>
- Enders, C. K. (2010). *Applied missing data analysis*. Guilford Press.
- Fantoni Quinton, S., Desrumaux, P. et Saison, J. (2021). Effets du soutien organisationnel perçu et du soutien des collègues sur l'intention de quitter des infirmiers : rôle médiateur de la satisfaction des besoins psychologiques. Dans A.-M. Vonthron, M.-E. Bobillier-Chaumon, B. Gangloff et P. Gilbert (dir.), *Transition en vie de travail et en formation: Processus psychosociaux et pratiques d'accompagnement* (p. 77-91). L'Harmattan.
- Faubert, E. B. (2023). La pénurie de personnel infirmier au Québec: améliorer la flexibilité et les conditions de travail. *IEDM, Note Économique*, 1(1), 1-5.
- Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. SAGE Publications.
<https://books.google.ca/books?id=JIrutAEACAAJ>
- García-Iglesias, J. J., Gómez-Salgado, J., Ortega-Moreno, M. et Navarro-Abal, Y. (2021). Relationship between work engagement, psychosocial risks, and mental health among spanish nurses: A cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, 8, 627472.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.627472>
- George, Darren. et Mallery, P. (2010). *SPSS for Windows step by step : A simple guide and reference, 17.0 update* (10th ed.). Allyn & Bacon.

- Gilbert, M.-H., Dagenais-Desmarais, V. et Savoie, A. (2011). Validation d'une mesure de santé psychologique au travail. *European Review of Applied Psychology*, 61(4), 195-203.
<https://doi.org/10.1016/j.erap.2011.09.001>
- Gómez-Salgado, J., Domínguez-Salas, S., Romero-Martín, M., Romero, A., Coronado-Vázquez, V. et Ruiz-Frutos, C. (2021). Work engagement and psychological distress of health professionals during the COVID-19 pandemic. *Journal of Nursing Management*, 29(5), 1016-1025.
<https://doi.org/10.1111/jonm.13239>
- Griffeth, R. W., Hom, P. W. et Gaertner, S. (2000). A meta-analysis of antecedents and correlates of employee turnover: Update, moderator tests, and research implications for the next millennium. *Journal of Management*, 26(3), 463-488. [https://doi.org/10.1016/S0149-2063\(00\)00043-X](https://doi.org/10.1016/S0149-2063(00)00043-X)
- Gustavson, K., von Soest, T., Karevold, E. et Røysamb, E. (2012). Attrition and generalizability in longitudinal studies: Findings from a 15-year population-based study and a Monte Carlo simulation study. *BMC Public Health*, 12(1), 918-918. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-918>
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J. et Anderson, R. E. (2019). *Multivariate data analysis* (Eighth edition.). Cengage Learning.
- Halbesleben, J. R. B. (2010). A meta-analysis of work engagement: Relationships with burnout, demands, resources, and consequences. Dans A. B. Bakker et M. P. Leiter (dir.), *Work Engagement : A Handbook of Essential Theory and Research* (1st Edition, p. 102-117). Psychology Press.
<https://doi.org/10.4324/9780203853047-12>
- Hart, S. M. et Warren, A. M. (2015). Understanding nurses' work: Exploring the links between changing work, labour relations, workload, stress, retention and recruitment. *Economic and Industrial Democracy*, 36(2), 305-329. <https://doi.org/10.1177/0143831X13505119>

- Havens, D. S., Gittel, J. H. et Vasey, J. (2018). Impact of relational coordination on nurse job satisfaction, work engagement and burnout: Achieving the quadruple aim. *The Journal of Nursing Administration*, 48(3), 132-140. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000587>
- Hobfoll, S. E. (2002). Social and psychological resources and adaptation. *Review of General Psychology*, 6(4), 307-324. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.6.4.307>
- Hoe, S. L. (2008). Issues and procedures in adopting structural equation modelling technique. *Journal of Quantitative Methods*, 3(1), 76-83.
- Hoeve, Y., Brouwer, J. et Kunnen, S. (2020). Turnover prevention: The direct and indirect association between organizational job stressors, negative emotions and professional commitment in novice nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 76(3), 836-845.
- Horellou-Lafarge, C. (2011). La santé des infirmières françaises. *Revue multidisciplinaire sur l'emploi, le syndicalisme et le travail*, 6(2), 73-102. <https://doi.org/10.7202/1006122ar>
- Hu, L. et Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1-55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Hult, M. et Terkamo-Moisio, A. (2023). Mental well-being, work engagement, and work-related and personal resources among nurse managers: A structural equation model. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 5, 100140.
- Huyghebaert, T., Gillet, N., Audusseau, O. et Fouquereau, E. (2019). Perceived career opportunities, commitment to the supervisor, social isolation: Their effects on nurses' well-being and turnover. *Journal of Nursing Management*, 27(1), 207-214. <https://doi.org/10.1111/jonm.12666>

- Institut national de santé publique du Québec, I. (2021). *Étude sur la détresse psychologique des travailleurs de la santé atteints de la Covid-19 au Québec durant la deuxième vague pandémique*.
<https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3135-detresse-psychologique-travailleurs-sante-atteints-covid-19-deuxieme-vague.pdf>
- Jedwab, R. M., Hutchinson, A. M., Manias, E., Calvo, R. A., Dobroff, N., Glozier, N. et Redley, B. (2021). Nurse motivation, engagement and well-being before an electronic medical record system implementation: A mixed methods study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 1-23. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052726>
- Joulain, M. et Coulombier, G. (2016). Liens entre vécu au travail et bien-être subjectif des infirmier(ère)s : des effets réciproques. *Psychologie du travail et des organisations*, 22(3), 205-215. <https://doi.org/10.1016/j.pto.2016.02.010>
- Kahn, W. A. (1990). Psychological conditions of personal engagement and disengagement at work. *Academy of Management Journal*, 33(4), 692-724. <https://doi.org/10.5465/256287>
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life: Selecting outcomes for the sociology of mental health: issues of measurement and dimensionality. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207-222.
- Kilroy, S., Bosak, J., Chênevert, D., Flood, P. C. et Hill, K. (2022). Reducing burnout among nurses: The role of high-involvement work practices and colleague support. *Health Care Management Review*, 47(2), 115-124. <https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000304>
- Kline, R. B. (2016). *Principles and practice of structural equation modeling* (Fourth edition.). The Guilford Press.

- Kohnen, D., De Witte, H., Schaufeli, W. B., Dello, S., Bruyneel, L. et Sermeus, W. (2024). Engaging leadership and nurse well-being: The role of the work environment and work motivation—a cross-sectional study. *Human Resources for Health*, 22(1), 8-12. <https://doi.org/10.1186/s12960-023-00886-6>
- Kouadio, A. B. (2023). Engagement (au travail). Dans M. Benzerafa-Alilat, D. Lamarque et G. Orange (dir.), *Encyclopédie du management public* (1^{re} éd., p. 285-288). Institut de la gestion publique et du développement économique.
- Kulikowski, K. (2017). Do we all agree on how to measure work engagement? Factorial validity of Utrecht Work Engagement Scale as a standard measurement tool - A literature review. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 30(2), 161-175. <https://doi.org/10.13075/ijomch.1896.00947>
- Larivière, C., Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux de Québec, organisme de publication., Comité de la pratique en Centre de santé et de services sociaux de l'OTSTCFQ, organisme de publication. et Bibliothèque numérique canadienne (Firme), distributeur. (2010). *L'impact de la restructuration du réseau sur la pratique professionnelle* (vol. 1-1, vol. 1). Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux de Québec.
- Lee, R. T. et Ashforth, B. E. (1996). A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *Journal of Applied Psychology*, 81(2), 123-133. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.81.2.123>
- Lejeune, J. et Colombat, P. (2023). Santé psychologique au travail des soignants. *Perfectionnement en pédiatrie*, 6(4), 260-263. <https://doi.org/10.1016/j.perped.2023.10.012>

- Leroy, H., Anseel, F., Gardner, W. L. et Sels, L. (2015). Authentic leadership, authentic followership, basic need satisfaction, and work role performance: A cross-level study. *Journal of Management*, 41(6), 1677-1697. <https://doi.org/10.1177/0149206312457822>
- Levac, D., Colquhoun, H. et O'Brien, K. K. (2010). Scoping studies: Advancing the methodology. *Implementation Science*, 5(1), 69-69. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-69>
- Little, R. J. A. (1988). A test of missing completely at random for multivariate data with missing values. *Journal of the American Statistical Association*, 83(404), 1198-1202. <https://doi.org/10.1080/01621459.1988.10478722>
- Lumley, T., Diehr, P., Emerson, S. et Chen, L. (2002). The importance of the normality assumption in large public health data sets. *Annual Review of Public Health*, 23(1), 151-169. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.23.100901.140546>
- Machado, T. (2015). [Chapitre II]. Santé mentale et santé psychologique : modèles, constats et définitions. Dans T. Machado (dir.), *La prévention des risques psychosociaux. Concepts et méthodologies d'intervention*. (p. 37-71). Presses universitaires de Rennes. <https://doi.org/10.4000/books.pur.61691>
- Machado, T., Desrumaux, P. et Van Droogenbroeck, A. (2016). Indicateurs organisationnels et individuels du bien-être. Étude exploratoire auprès d'aides-soignants et d'infirmiers. *Bulletin de psychologie*, 541(1), 19-34.
- Mackey, J. D., Parker Ellen, B., McAllister, C. P. et Alexander, K. C. (2021). The dark side of leadership: A systematic literature review and meta-analysis of destructive leadership research. *Journal of Business Research*, 132, 705-718. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2020.10.037>

- Malagon-Aguilera, M. C., Suñer-Soler, R., Bonmatí-Tomas, A., Bosch-Farré, C., Gelabert-Vilella, S. et Juvinyà-Canal, D. (2019). Relationship between sense of coherence, health and work engagement among nurses. *Journal of Nursing Management*, 27(8), 1620-1630.
<https://doi.org/10.1111/jonm.12848>
- Marques-Pinto, A., Jesus, É. H., Mendes, A. M. O. C., Fronteira, I. et Roberto, M. S. (2018). Nurses' intention to leave the organization: A mediation study of professional burnout and engagement. *The Spanish Journal of Psychology*, 21, E32-E32.
- Maslach, Christina. et Leiter, M. P. (1997). *The truth about burnout : How organizations cause personal stress and what to do about it* (1^{re} éd.). Jossey-Bass.
- Maslow, A. H. (Abraham H. (1972). *Vers une psychologie de l'être*. Fayard.
- Massé, R., Poulin, C., Dassa, C., Lambert, J., Belair, S. et Battaglini, A. (1998a). Elaboration et validation d'un outil de mesure de la detresse psychologique dans une population non clinique de Quebecois francophones [Echelle de mesure des manifestations de la detresse psychologique/Psychological distress manifestations measure scale]. *Canadian Journal of Public Health*, 89(3), 183.
- Massé, R., Poulin, C., Dassa, C., Lambert, J., Bélair, S. et Battaglini, A. (1998b). The structure of mental health: Higher-order confirmatory factor analyses of psychological distress and well-being measures. *Social Indicators Research*, 45(1/3), 475-504.
<https://doi.org/10.1023/A:1006992032387>
- Mauno, S., Ruokolainen, M., Kinnunen, U. et De Bloom, J. (2016). Emotional labour and work engagement among nurses: Examining perceived compassion, leadership and work ethic as stress buffers. *Journal of Advanced Nursing*, 72(5), 1169-1181.

- May, D. R., Gilson, R. L. et Harter, L. M. (2004). The psychological conditions of meaningfulness, safety and availability and the engagement of the human spirit at work. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 77(1), 11-37. <https://doi.org/10.1348/096317904322915892>
- Mazzetti, G., Robledo, E., Vignoli, M., Topa, G., Guglielmi, D. et Schaufeli, W. B. (2023). Work engagement: A meta-analysis using the job demands-resources model. *Psychological Reports*, 126(3), 1069-1107. <https://doi.org/10.1177/00332941211051988>
- McDonald, R. P. (1999). *Test theory: A unified treatment* (1^{re} éd.). Psychology Press.
<https://doi.org/10.4324/9781410601087>
- McGowan, J., Straus, S., Moher, D., Langlois, E. V., O'Brien, K. K., Horsley, T., Aldcroft, A., Zarin, W., Garitty, C. M., Hempel, S., Lillie, E., Tunçalp, Özge et Tricco, A. C. (2020). Reporting scoping reviews—PRISMA ScR extension. *Journal of Clinical Epidemiology*, 123, 177-179.
<https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2020.03.016>
- McNeish, D. (2018). Thanks coefficient alpha, we'll take it from here. *Psychological Methods*, 23(3), 412-433. <https://doi.org/10.1037/met0000144>
- Menard, S. W. (2002). *Longitudinal research* (2nd ed.). SAGE.
- Meyer, J. P. et Allen, N. J. (1991). A three-component conceptualization of organizational commitment. *Human Resource Management Review*, 1(1), 61-89. [https://doi.org/10.1016/1053-4822\(91\)90011-Z](https://doi.org/10.1016/1053-4822(91)90011-Z)
- Meyers, M. C., van Woerkom, M. et Bakker, A. B. (2013). The added value of the positive: A literature review of positive psychology interventions in organizations. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 22(5), 618-632. <https://doi.org/10.1080/1359432X.2012.694689>

- Middleton, R., Loveday, C., Hobbs, C., Almasi, E., Moxham, L., Green, H., Halcomb, E. et Fernandez, R. (2021). The COVID-19 pandemic – A focus on nurse managers' mental health, coping behaviours and organisational commitment. *Collegian*, 28(6), 703-708.
<https://doi.org/10.1016/j.colegn.2021.10.006>
- Mobley, W. H., Griffeth, R. W., Hand, H. H. et Meglino, B. M. (1979). Review and conceptual analysis of the employee turnover process. *Psychological Bulletin*, 86(3), 493-522.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.86.3.493>
- Mobley, W. H., Horner, S. O. et Hollingsworth, A. T. (1978). An evaluation of precursors of hospital employee turnover. *Journal of Applied Psychology*, 63(4), 408-414. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.63.4.408>
- Morin, A., Morizot, J., Boudrias, J.-S. et Madore, I. (2011). A multifoci person-centered perspective on workplace affective commitment: A latent profile/factor mixture analysis. *Organizational Research Methods*, 14, 58-90. <https://doi.org/10.1177/1094428109356476>
- Morin, E. M. (1996). L'efficacité organisationnelle et le sens du travail. Dans T. C. Pauchant (dir.), *La quête du sens : gérer nos organisations pour la santé des personnes, de nos sociétés et de la nature* (p. 257-288). Québec/Amérique.
- Mowday, R. T., Porter, L. W. et Steers, R. M. (1982). *Employee-organization linkages : The psychology of commitment, absenteeism and turnover*. Academic Press.
- Munn, L. T., O'Connell, N., Huffman, C., McDonald, S., Gibbs, M., Miller, C., Danhauer, S. C., Reed, M., Mason, L., Foley, K. L., Stopyra, J. et Gesell, S. B. (2025). Job-related factors associated with burnout and work engagement in emergency nurses: Evidence to inform systems-focused interventions. *Journal of Emergency Nursing*, 51(2), 249-260.
<https://doi.org/10.1016/j.jen.2024.10.007>

- Nunnally, J. C. et Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). McGraw-Hill.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, O. (2021). *Portrait de l'effectif infirmier et de la relève infirmière 2021*. OIIQ. <https://www.oiiq.org/l-ordre/qui-sommes-nous-/portrait-de-l-effectif-infirmier>
- Orgambídez, A. et Extremera, N. (2020). Understanding the link between work engagement and job satisfaction: Do role stressors underlie this relationship? *Scandinavian Journal of Psychology*, 61(3), 443-449. <https://doi.org/10.1111/sjop.12613>
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2020). La situation du personnel infirmier dans le monde 2020: investir dans la formation, l'emploi et le leadership.
- Osborne, J. W. et Overbay, A. (2004). The power of outliers (and why researchers should always check for them). *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 9(6), 6.
- Paillé, P. (2006). Les relations entre l'implication au travail, les comportements de citoyenneté organisationnelle et l'intention de retrait. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 56(2), 139-149. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2005.06.001>
- Paillé, P. (2010). Le rôle du supérieur sur la fidélisation du personnel infirmier. *Journal d'économie médicale*, 28(3), 101-113. <https://doi.org/10.3917/jgem.103.0101>
- Panaccio, A. et Vandenberghe, C. (2009). Perceived organizational support, organizational commitment and psychological well-being: A longitudinal study. *Journal of Vocational Behavior*, 75(2), 224-236. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2009.06.002>
- Panari, C., Caricati, L., Gallo, G., Bonetti, C., Bonini, A., Monacelli, N. et Sollami, A. (2022). Perceptions of safety and stress among health professionals: The Role of care unit identification

- as a protective factor during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychology*, 13, 863581.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.863581>
- Paustian-Underdahl, S. C., Halbesleben, J. R. B., Carlson, D. S. et Hamadi, H. Y. (2023). Examining regulatory focus in the acceleration and deceleration of engagement and exhaustion cycles among nurses. *Health Care Management Review*, 48(3), 2-290.
<https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000375>
- Pelletier, K. L. (2010). Leader toxicity: An empirical investigation of toxic behavior and rhetoric. *Leadership*, 6(4), 373-389. <https://doi.org/10.1177/1742715010379308>
- Pennbrant, S. et Dåderman, A. (2021). Job demands, work engagement and job turnover intentions among registered nurses: Explained by work-family private life inference. *Work (Reading, Mass.)*, 68(4), 1157-1169. <https://doi.org/10.3233/WOR-213445>
- Pérez-Fuentes, M. del C., Molero Jurado, M. del M., Barragán Martín, A. B., Simón Márquez, M. del M., Martos Martínez, Á. et Gázquez Linares, J. J. (2018). The mediating role of perceived stress in the relationship of self-efficacy and work engagement in nurses. *Journal of Clinical Medicine*, 8(1), 10. <https://doi.org/10.3390/jcm8010010>
- Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Lee, J.-Y. et Podsakoff, N. P. (2003). Common method biases in behavioral research: A critical review of the literature and recommended remedies. *Journal of Applied Psychology*, 88(5), 879-903. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.88.5.879>
- Porter, L. W., Steers, R. M., Mowday, R. T., Boulian, P. V. et Feishman, E. A. (1974). Organizational commitment, job satisfaction, and turnover among psychiatric technicians. *Journal of Applied Psychology*, 59(5), 603-609. <https://doi.org/10.1037/h0037335>

- Porter, M. T. et Urban, R. W. (2024). Work engagement, burnout, and well-being in nursing professional development practitioners. *Journal for Nurses in Professional Development*, 40(1), E34-E40.
<https://doi.org/10.1097/NND.0000000000001011>
- Price, J. L. et Mueller, C. W. (1981). A causal model of turnover for nurses. *Academy of Management Journal*, 24(3), 543-565. <https://doi.org/10.5465/255574>
- Rawson, H., Davies, S., Ockerby, C., Pipson, R., Peters, R., Manias, E. et Redley, B. (2024). Work engagement, psychological empowerment and relational coordination in long-term care: A mixed-method examination of nurses' perceptions and experiences. *Nursing Inquiry*, 31(2), e12598-n/a.
- Reisinger, Y. et Turner, L. (1999). Structural equation modeling with Lisrel: Application in tourism. *Tourism Management*, 20(1), 71-88. [https://doi.org/10.1016/S0261-5177\(98\)00104-6](https://doi.org/10.1016/S0261-5177(98)00104-6)
- Remegio, W., Rivera, R. R., Griffin, M. Q. et Fitzpatrick, J. J. (2021). The professional quality of life and work engagement of nurse leaders. *Nurse Leader*, 19(1), 95-100.
<https://doi.org/10.1016/j.mnl.2020.08.001>
- Riedl, E. M. et Thomas, J. (2019). The moderating role of work pressure on the relationships between emotional demands and tension, exhaustion, and work engagement: An experience sampling study among nurses. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 28(3), 414-429.
<https://doi.org/10.1080/1359432X.2019.1588251>
- Rikos, N., Mema, E., Triantafyllou, C., Kleftonikolou, H., Mazaraki, E., Gounelas, G. et Kourlaba, G. (2024). Professional quality of life, psychological well-being, and work engagement of healthcare professionals in two Greek hospitals during COVID-19: A cross-sectional study. *Work (Reading, Mass.)*, 78(3), 613-624. <https://doi.org/10.3233/WOR-230386>

- Ritchie, J., Spencer, L., Huberman, A. M. et Miles, M. B. (2002). Qualitative data analysis for applied policy research (p. 305-329). SAGE Publications, Inc.
<https://doi.org/10.4135/9781412986274.n12>
- Robert, V. et Vandenberghe, C. (2024). Engagement de continuité et santé mentale des employés : le rôle des traits d'affectivité. *Psychologie du travail et des organisations*, 30(3), 137-153.
<https://doi.org/10.1016/j.pto.2024.01.002>
- Rodwell, J. et Johnson, D. (2022). The state of the psychological contract, justice and engagement drive nurses' performance behaviors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(20), 13505. <https://doi.org/10.3390/ijerph192013505>
- Ryan, R. M. et Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *The American Psychologist*, 55(1), 68-78.
- Ryan, R. M. et Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 141-166.
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141>
- Ryan, R. M. et Deci, E. L. (2002). An overview of self-determination theory. Dans E. L. Deci et R. M. Ryan (dir.), *Handbook of self-determination research* (p. 3-33). University of Rochester Press.
- Ryff, C. D. et Singer, B. H. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 13-39.
<https://doi.org/10.1007/s10902-006-9019-0>
- Salanova, M., Agut, S. et Peiró, J. M. (2005). Linking organizational resources and work engagement to employee performance and customer loyalty: The mediation of service climate. *Journal of Applied Psychology*, 90(6), 1217-1227. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.90.6.1217>

- Şanlıöz, E., Sağbaş, M. et Sürücü, L. (2023). The mediating role of perceived organizational support in the impact of work engagement on job performance. *Hospital Topics*, 101(4), 305-318.
<https://doi.org/10.1080/00185868.2022.2049024>
- Santos, A., Chambel, M. J. et Castanheira, F. (2020). Wellbeing among hospital nurses: A cross-sectional study of the contributions of relational job characteristics. *International Journal of Nursing Studies*, 105, 103438-103438. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103438>
- Savoie, A., Brunet, L., Boudrias, J.-S. et Gilbert, M.-H. (2011). Surenchère de la non-santé psychologique au travail. *Le journal des psychologues*, 283(10), 31-34. <https://doi.org/10.3917/jdp.283.0031>
- Schafer, J. L. et Graham, J. W. (2002). Missing data: Our view of the state of the art. *Psychological Methods*, 7(2), 147-177. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.7.2.147>
- Schaufeli, W. B. (2017). Applying the Job Demands-Resources model: A ‘how to’ guide to measuring and tackling work engagement and burnout. *Organizational Dynamics*, 46(2), 120-132.
<https://doi.org/10.1016/j.orgdyn.2017.04.008>
- Schaufeli, W. B. et Bakker, A. B. (2003). Utrecht work engagement scale: Preliminary manual. *Occupational Health Psychology Unit, Utrecht University, Utrecht*, 26(1), 64-100.
- Schaufeli, W. B. et Bakker, A. B. (2010). Defining and measuring work engagement: Bringing clarity to the concept. Dans A. B. Bakker et M. P. Leiter (dir.), *Work engagement : A handbook of essential theory and research* (p. 18-32). Psychology Press. <https://doi.org/10.4324/9780203853047-6>
- Schaufeli, W. B., Salanova, M., González-romá, V. et Bakker, A. B. (2002). The Measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3(1), 71. <https://doi.org/10.1023/A:1015630930326>

- Scheepers, R. A., van den Broek, T., Cramm, J. M., Finkenflügel, H. et Nieboer, A. P. (2023). Changes in work conditions and well-being among healthcare professionals in long-term care settings in the Netherlands during the COVID-19 pandemic: A longitudinal study. *Human Resources for Health*, 21(1), 59-59. <https://doi.org/10.1186/s12960-023-00847-z>
- Schmidt, B. J. et McArthur, E. C. (2018). Professional nursing values: A concept analysis. *Nursing Forum (Hillsdale)*, 53(1), 69-75. <https://doi.org/10.1111/nuf.12211>
- Schyns, B. et Schilling, J. (2013). How bad are the effects of bad leaders? A meta-analysis of destructive leadership and its outcomes. *The Leadership Quarterly*, 24(1), 138-158.
<https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2012.09.001>
- Sellman, D. (2011). Professional values and nursing. *Medicine, Health Care, and Philosophy*, 14(2), 203-208. <https://doi.org/10.1007/s11019-010-9295-7>
- Seppälä, P., Mauno, S., Feldt, T., Hakanen, J., Kinnunen, U., Tolvanen, A. et Schaufeli, W. (2009). The construct validity of the Utrecht Work Engagement Scale: Multisample and longitudinal evidence. *Journal of Happiness Studies*, 10(4), 459-481. <https://doi.org/10.1007/s10902-008-9100-y>
- Shuck, B., Ghosh, R., Zigarmi, D. et Nimon, K. (2012). The jingle jangle of employee engagement: Further exploration of the emerging construct and implications for workplace learning and performance. *Human Resource Development Review*, 12(1), 11-35.
<https://doi.org/10.1177/1534484312463921>
- Simpson, M. R. (2009). Engagement at work: A review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 46(7), 1012-1024. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.05.003>

- Sinclair, R. R., Sliter, M., Mohr, C. D., Sears, L. E., Deese, M. N., Wright, R. R., Cadiz, D. et Jacobs, L. (2015). Bad versus good, what matters more on the treatment floor? Relationships of positive and negative events with nurses' burnout and engagement. *Research in Nursing & Health*, 38(6), 475-491. <https://doi.org/10.1002/nur.21696>
- Singer, J. D. et Willett, J. B. (2003). *Applied longitudinal data analysis: Modeling change and event occurrence*. Oxford University Press.
- Sirola, P., Hirvonen, S., Malve-Ahlroth, S., Haapakangas, A. et Reijula, K. (2024). Associations of shared workspaces with healthcare professionals' work engagement and perceived stress. *Studies in Health Technology and Informatics*, 319, 250-265. <https://doi.org/10.3233/SHTI240948>
- Skakon, J., Nielsen, K., Borg, V. et Guzman, J. (2010). Are leaders' well-being, behaviours and style associated with the affective well-being of their employees? A systematic review of three decades of research. *Work and Stress*, 24(2), 107-139. <https://doi.org/10.1080/02678373.2010.495262>
- Spence Laschinger, H. K. et Fida, R. (2014). New nurses burnout and workplace wellbeing: The influence of authentic leadership and psychological capital. *Burnout Research*, 1(1), 19-28. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2014.03.002>
- Statistique Canada. (2022a). *Enquête sur la population active, juillet 2022* ([Enquête] n° 11-001-X). Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/daily-quotidien/220805/dq220805a-fra.pdf?st=SrfCbNuN>
- Statistique Canada. (2022b). *Les expériences vécues par les travailleurs de la santé pendant la pandémie de COVID-19, septembre à novembre 2021*. Le Quotidien. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220603/dq220603a-fra.htm>

- Stefanovska-Petkovska, M., Stefanovska, V. V., Bojadjieva, S. et Bojadjiev, M. I. (2021). Psychological distress, burnout, job satisfaction and intention to quit among primary healthcare nurses. *Health Services Management Research*, 34(2), 92-98. <https://doi.org/10.1177/0951484820971444>
- Tabachnick, B. G., Fidell, L. S. et Ullman, J. B. (2019). *Using multivariate statistics* (Seventh edition.). Pearson.
- Tabur, A., Elkefi, S., Emhan, A., Mengenci, C., Bez, Y. et Asan, O. (2022). Anxiety, burnout and depression, psychological well-being as predictor of healthcare professionals' turnover during the COVID-19 pandemic: Study in a pandemic hospital. *Healthcare (Basel)*, 10(3), 525. <https://doi.org/10.3390/healthcare10030525>
- Taris, T. W. et Kompier, M. A. J. (2014). Cause and effect: Optimizing the designs of longitudinal studies in occupational health psychology. *Work and Stress*, 28(1), 1-8. <https://doi.org/10.1080/02678373.2014.878494>
- Tepper, B. J. (2000). Consequences of abusive supervision. *Academy of Management Journal*, 43(2), 178-190. <https://doi.org/10.5465/1556375>
- Tett, R. P. et Meyer, J. P. (1993). Job satisfaction, organizational commitment, turnover intention, and turnover: Path analyses based on meta-analytic findings. *Personnel Psychology*, 46(2), 259-293. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1993.tb00874.x>
- Topa, G. et Aranda-Carmena, M. (2022). Job crafting in nursing: Mediation between work engagement and job performance in a multisample study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19), 12711. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912711>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling,

- L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467-473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- Twisk, J. W. R. (2013). *Applied longitudinal data analysis for epidemiology : A practical guide* (Second edition.). Cambridge University Press.
- Van Bogaert, P., Peremans, L., Van Heusden, D., Verspuy, M., Kureckova, V., Van de Cruys, Z. et Franck, E. (2017). Predictors of burnout, work engagement and nurse reported job outcomes and quality of care: A mixed method study. *BMC Nursing*, 16(1), 5-5. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0200-4>
- van der Gaag, M. et Kunnen, S. (2013). RECS-E: Repeated Exploration and Commitment Scale in the domain of Education. *University of Groningen*.
- Vandenberghe, C. (2003). Concilier le rendement et le bien-être au travail: le rôle de l'engagement organisationnel. Dans R. Foucher, A. Savoie et L. Brunet (dir.), *Concilier performance organisationnelle et santé psychologique au travail* (p. 135-152). Éditions Nouvelles.
- Vandenberghe, C., Bentein, K. et Panaccio, A. (2017). Affective Commitment to Organizations and Supervisors and Turnover: A Role Theory Perspective. *Journal of Management*, 43(7), 2090-2117. <https://doi.org/10.1177/0149206314559779>
- Vandenberghe, C., Mignonac, K. et Manville, C. (2015). When normative commitment leads to lower well-being and reduced performance. *Human Relations*, 68(5), 843-870. <https://doi.org/10.1177/0018726714547060>
- Vandenberghe, C., Panaccio, A. et Ben Ayed, A. K. (2011). Continuance commitment and turnover: Examining the moderating role of negative affectivity and risk aversion: Continuance

- commitment and turnover. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 84(2), 403-424. <https://doi.org/10.1348/096317910X491848>
- Vandenberghe, Christian et Bentein, K. (2009). A closer look at the relationship between affective commitment to supervisors and organizations and turnover. *Journal of occupational and organizational psychology*, 82(2), 331-348. <https://doi.org/10.1348/096317908X312641>
- Vinje, H. F. et Mittelmark, M. B. (2008). Community nurses who thrive: The critical role of job engagement in the face of adversity. *Journal for Nurses in Staff Development*, 24(5), 195-202. <https://doi.org/10.1097/01.NND.0000320695.16511.08>
- Walsh, J. P., Ashford, S. J. et Hill, T. E. (1985). Feedback obstruction: The influence of the information environment on employee turnover Intentions. *Human Relations (New York)*, 38(1), 23-46. <https://doi.org/10.1177/001872678503800102>
- Walumbwa, F. O., Avolio, B. J., Gardner, W. L., Wernsing, T. S. et Peterson, S. J. (2008). Authentic leadership: Development and validation of a theory-based measure. *Journal of Management*, 34(1), 89-126. <https://doi.org/10.1177/0149206307308913>
- West, S. G., Finch, J. F. et Curran, P. J. (1995). Structural equation models with nonnormal variables: Problems and remedies. Dans R. H. Hoyle (dir.), *Structural equation modeling : Concepts, issues, and applications*. Sage Publications.
- Wolotira, E. A. (2023). Trauma, compassion fatigue, and burnout in nurses: The nurse leader's response. *Nurse Leader*, 21(2), 202-206. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2022.04.009>
- Xanthopoulou, D., Bakker, A. B., Demerouti, E. et Schaufeli, W. B. (2007). The Role of personal resources in the job demands-resources model. *International Journal of Stress Management*, 14(2), 121-141. <https://doi.org/10.1037/1072-5245.14.2.121>

- Zapf, D., Dormann, C. et Frese, M. (1996). Longitudinal studies in organizational stress research: A review of the literature with reference to methodological issues. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(2), 145-169. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.1.2.145>
- Ziedelis, A. (2019). Perceived calling and work engagement among nurses. *Western Journal of Nursing Research*, 41(6), 816-833. <https://doi.org/10.1177/0193945918767631>

Annexes

Annexe 1: Synthèse des études

#étude	Nom des auteurs, année et pays	Titre de la publication	Objectif de l'étude	Taille de la population étudiée si disponible	Devis de recherche
1	(Desai et al., 2024) — États-Unis	Impact of heartfulness meditation practice compared to the gratitude practices on wellbeing and work engagement among healthcare professionals: Randomized trial.	Évaluer les effets d'interventions (Pratique de gratitude, Heartfulness) sur la satisfaction de la compassion, le burn-out, le stress traumatique secondaire et l'engagement au travail.	83 participants (71 femmes, 10 hommes), âge moyen 45 ans. Composé de 50% de personnel infirmier, 37% de professionnels de la santé paramédicaux et 13% de médecins.	Étude d'intervention (impliquée par les lignes directrices CONSORT et les mesures prépost à la semaine 0 et 6).
2	(Courson et al., 2022) — États-Unis	Impact of COVID-19 on the Level of Work Engagement of Nurses at a Small, Rural Hospital	Évaluer le niveau d'anxiété lié à la COVID-19 et les scores d'engagement chez le personnel infirmier.	107 personnels infirmiers (99% de femmes), âgés de 23 à 75 ans. Taux de réponse initial de 65.9% (N=110), dont 3 réponses incomplètes ont été retirées. Échantillonnage raisonné de tout le personnel infirmier.	Enquête. Analyse statistique descriptive, corrélations et analyse de contenu pour les questions ouvertes.
3	(Havens et al., 2018) — États-Unis	Impact of Relational Coordination on Nurse Job Satisfaction, Work Engagement and Burnout: Achieving the Quadruple Aim.	Explorer comment la coordination relationnelle, reconnue pour son rôle dans l'amélioration des résultats en matière de qualité et d'efficacité pour les patients et les établissements de santé, influence les résultats du personnel infirmier en soins directs, tels que l'épuisement professionnel, l'engagement au travail et la satisfaction professionnelle, tout en s'inscrivant dans le cadre du « <i>Quadruple Aim</i> », visant à améliorer l'expérience de la prestation des soins.	382 membres du personnel (échantillon). Âge moyen de 43.25 ans.	Enquête (enquête de coordination relationnelle).

4	(Hult et Ring, 2024) — Finlande	The impact of precarious employment on the commitment of registered nurses	Étudier l'association entre l'emploi précaire (PE) et l'engagement chez le personnel infirmier diplômé.	2370 personnels infirmiers diplômés ont répondu à l'enquête sur 4574 personnes (Finlande).	Enquête transversale. Données collectées via une newsletter électronique. Analyse statistique descriptive, analyse factorielle confirmatoire (CFA) pour la validation de l'échelle, tests t, ANOVA avec ajustements de Bonferroni, régression linéaire.
5	(Huyghebaert et al., 2019) — France	Perceived career opportunities, commitment to the supervisor, social isolation: Their effects on nurses' well-being and turnover	Examiner les relations entre l'engagement affectif envers le superviseur (ACS), l'isolement social, les opportunités de carrière perçues (PCO), l'engagement affectif envers l'organisation (ACO) et leur impact sur les intentions de roulement et le bien-être.	244 personnels infirmiers de divers centres de santé français.	Questionnaire d'enquête. Modèle de mesure estimé avec des variables latentes, test du facteur unique de Harman pour le biais. Conception transversale (mentionné comme une limitation).
6	(Malagon-Aguilera et al., 2019) — Espagne	Relationship between sense of coherence, health and work engagement among nurses (Relation entre le sentiment de cohérence, la santé et l'engagement au travail chez le personnel infirmier)	Examiner la relation entre le sentiment de cohérence (SOC), l'état de santé auto-déclaré (EQ-5D-5L) et l'engagement au travail (UWES-17) chez le personnel infirmier.	109 personnels infirmiers ont participé volontairement (taux de réponse de 69.8%) sur une population totale de 156 personnels infirmiers travaillant avec des personnes âgées en établissements de soins de longue durée en Espagne.	Journal de bord ad hoc (questionnaire anonyme). Conception transversale, descriptive. Analyse statistique : test de normalité (Kolmogorov-Smirnov), test t de Student, ANOVA à un facteur, test rho de Spearman, modèles de régression linéaire multiple.
7	(Austin et al., 2020) — Canada	Fatigue in new registered nurses: A 12-month cross-lagged analysis of its association with work motivation, engagement, sickness absence and turnover intention (la fatigue chez le nouveau personnel infirmier : une analyse croisée sur 12 mois de son association avec la motivation au travail, l'engagement, l'absentéisme et l'intention de départ)	Étudier la fatigue et son association avec la motivation au travail, l'engagement, l'absentéisme pour maladie et l'intention de quitter son poste chez le nouveau personnel infirmier diplômé sur 12 mois.	309 personnels infirmiers ont rempli le questionnaire de suivi (sur 635 ayant rempli le questionnaire de base, soit un taux de réponse de 49%). 88.4% de femmes, âge moyen 29.20 ans, 2.22 ans d'expérience professionnelle.	Projet de recherche longitudinal. Questionnaire en ligne administré à deux reprises, à 12 mois d'intervalle. Analyse croisée. Analyse statistique : MANOVA, modélisation par équations structurelles (CFI, NNFI, RMSEA).

8	(Borges et al., 2021) — Espagne	Workaholism, engagement and family interaction: Comparative study in portuguese and spanish nurses (Travail excessif, engagement et interaction familiale : Étude comparative chez le personnel infirmier portugais et espagnol)	Identifier et comparer les niveaux de travail excessif, d'engagement et d'interaction familiale chez le personnel infirmier portugais et espagnol.	333 personnels infirmiers (180 portugaises, 153 espagnoles) dans un échantillon de commodité. Temps de pratique professionnelle égal ou supérieur à un an.	Étude quantitative, descriptive, corrélationnelle, comparative et transversale. Questionnaire autoadministré (papier pour l'Espagne, en ligne pour le Portugal). Analyse statistique : fréquences absolues et relatives, moyenne, écart-type, alpha de Cronbach, corrélation de Pearson, test t de Student, test U de Mann–Whitney.
9	(Gómez-Salgado et al., 2021) — Espagne	Work engagement and psychological distress of health professionals during the COVID-19 pandemic	Évaluer l'engagement au travail et la détresse psychologique chez les professionnels de la santé pendant la pandémie de COVID-19.	1459 professionnels de la santé (personnel infirmier, médecins, professionnels paramédicaux) en Espagne pendant la pandémie de COVID-19. 68.6% du personnel infirmier, âge moyen 41.03 ans, 80.9% de femmes.	Étude transversale. Questionnaire autodéveloppé. Analyse statistique : fréquence, moyenne, écart-type, tests du chi carré et t de Student, ANOVA.
10	(Mauno et al., 2016) — Finlande	Emotional labour, engagement, buffers (Travail émotionnel, engagement, amortisseurs)	Examiner la relation entre le travail émotionnel et l'engagement au travail, en identifiant le rôle modérateur de la compassion, de l'éthique de travail et du leadership transformationnel.	3466 infirmières et infirmiers	Étude quantitative avec analyses de régression hiérarchique.
11	(Hoeve et al., 2020) — Pays-Bas	Turnover prevention: The direct and indirect association between organizational job stressors, negative emotions and professional commitment in novice nurses	Examiner les relations entre les facteurs de stress professionnels, les émotions négatives et l'engagement professionnel chez un échantillon de commodité de jeune personnel infirmier diplômé.	18 jeunes personnels infirmiers (toutes des femmes, âge moyen 23 ans), ayant rempli 580 entrées de journal hebdomadaire au total.	Étude de cohorte observationnelle avec une conception longitudinale. Collecte de données mixtes (quantitatives et qualitatives, les codes qualitatifs étant quantifiés). Analyse de chemins (path analysis) avec une structure multiniveau.
12	(Marques-Pinto et al., 2018) — Portugal	Nurses' intention to leave the organization: A mediation study of professional burnout and engagement (l'intention du personnel infirmier de quitter l'organisation : une étude de médiation sur l'épuisement professionnel et l'engagement)	Examiner le rôle médiateur de l'épuisement professionnel et de l'engagement au travail dans la relation entre les exigences/ressources professionnelles et l'intention de quitter l'organisation chez le personnel infirmier portugais.	2235 personnels infirmiers portugais provenant de 31 hôpitaux. La majorité (80.1%) était des femmes, avec un âge moyen de 34.5 ans.	Étude de médiation transversale. Échantillonnage aléatoire stratifié. Analyse statistique basée sur une matrice de variance-covariance et la méthode Bootstrap pour les effets médiateurs.

13	(Rawson et al., 2024) — Australie	Work engagement, psychological empowerment and relational coordination in long-term care: A mixed-method examination of nurses' perceptions and experiences (Engagement au travail, autonomisation psychologique et coordination relationnelle en soins de longue durée : un examen par méthodes mixtes des perceptions et expériences du personnel infirmier)	Comprendre l'autonomisation, l'engagement et la coordination relationnelle du point de vue du personnel infirmier en soins de longue durée.	42 des 47 personnels infirmiers éligibles ont participé à l'enquête (N=41).	Étude par la méthode mixte, combinant une enquête électronique et des entretiens individuels approfondis. Analyse thématique réflexive pour les données qualitatives.
14	(Bernburg et al., 2021) — Allemagne	Stress Perception, Sleep Quality and Work Engagement of German Outpatient Nurses during the COVID-19 Pandemic (Perception du stress, qualité du sommeil et engagement au travail du personnel infirmier allemand en soins ambulatoires pendant la pandémie de COVID-19)	Recueillir des informations sur l'expérience du stress du personnel infirmier allemand en soins ambulatoires pendant la pandémie de COVID-19.	166 personnels infirmiers ambulatoires (108 femmes, 56 hommes, 2 genres divers). Un total de 171 a répondu au questionnaire.	Étude transversale. Enquête en ligne. Statistiques descriptives et modélisation par régression linéaire.
15	(García-Iglesias et al., 2021) — Espagne	Relationship Between Work Engagement, Psychosocial Risks, and Mental Health Among Spanish Nurses: A Cross-Sectional Study (Relation entre l'engagement au travail, les risques psychosociaux et la santé mentale chez le personnel infirmier espagnol : une étude transversale)	Analyser la relation entre l'engagement au travail, les risques psychosociaux et la santé mentale chez le personnel infirmier espagnol.	1704 participants (échantillon final) sur une population de 185 835 personnels infirmiers espagnols. Âge moyen de 41.69 ans, 86.3% de femmes.	Étude transversale. Méthode d'échantillonnage accidentel ou causal. Collecte de données par questionnaire en ligne. Analyse statistique descriptive, tests non paramétriques (Kolmogorov-Smirnov, Kruskal-Wallis, Mann-Whitney U).
16	(Jedwab et al., 2021) — Australie	Nurse Motivation, Engagement and Well-Being before an Electronic Medical Record System Implementation: A Mixed Methods Study	Identifier les facteurs importants pour l'adoption réussie d'un DMI (Dossier Médical Informatisé) par le personnel infirmier et les vulnérabilités nécessitant une attention particulière pour le succès de l'implémentation.	468 personnels infirmiers (N pour l'analyse) d'une population de 3479 personnels infirmiers éligibles.	Expérience naturelle avec une conception mixte concurrente (données qualitatives par entretiens de groupe et quantitatives par enquête). Analyse thématique réflexive pour le qualitatif et statistiques descriptives, corrélations, chi carré pour le quantitatif.

17	(Panari et al., 2022) — Italie	Perceptions of Safety and Stress Among Health Professionals: The Role of Care Unit Identification as a Protective Factor During the COVID-19 Pandemic.	Examiner les relations entre la perception de la sécurité, l'engagement au travail, la détresse psychologique, le burn-out et l'identification à l'unité de soins.	N=218.	Conception de recherche transversale. Collecte de données via un questionnaire en ligne. Analyses de corrélations et modélisation par équations structurelles.
18	(Pérez-Fuentes et al., 2018) — Espagne	The Mediating Role of Perceived Stress in the Relationship of Self-Efficacy and Work Engagement in Nurses (le rôle médiateur du stress perçu dans la relation entre l'auto-efficacité et l'engagement au travail chez le personnel infirmier)	Déterminer le rôle médiateur du stress perçu dans la relation entre l'auto-efficacité et l'engagement au travail chez le personnel infirmier.	1777 professionnels infirmiers actifs en Andalousie (Espagne).	Étude descriptive quantitative. Analyse de corrélations bivariées et régression linéaire par étapes.
19	(Rodwell et Johnson, 2022) — Australie	The State of the Psychological Contract, Justice and Engagement. Drive Nurses' Performance Behaviors.	Cet article examine les relations entre le contrat psychologique et les variables de justice organisationnelle en ce qui concerne les comportements de performance, à travers les mécanismes de l'engagement, de la satisfaction au travail et de la détresse psychologique, en tenant compte de l'élément individuel orienté vers la perception qu'est l'affectivité négative.	273 infirmières et infirmiers et sages-femmes	Étude quantitative. Utilise des analyses factorielles confirmatoires congénériques et des matrices de corrélation.
20	(Tabur et al., 2022) — Turquie	Anxiety, Burnout and Depression, Psychological Well-Being as Predictor of Healthcare Professionals' Turnover during the COVID-19 Pandemic: Study in a Pandemic Hospital (Anxiété, épuisement professionnel et dépression, bien-être psychologique comme prédicteurs du roulement du personnel de santé pendant la pandémie de COVID-19 : Étude dans un hôpital pandémique)	Étudier l'anxiété, l'épuisement professionnel, la dépression et le bien-être psychologique comme prédicteurs de l'intention de départ chez les professionnels de la santé pendant la pandémie de COVID-19.	344 professionnels de la santé (médecins, personnel infirmier, sages-femmes, techniciens de santé et autres). Dont 29.41% du personnel infirmier/sages-femmes.	Étude transversale. Enquêtes sur papier. Analyse statistique descriptive, test du chi-carré, analyse de régression logistique multivariable.

21	(Topa et Aranda-Carmena, 2022) — Espagne	Job Crafting in Nursing: Mediation between Work Engagement and Job Performance in a Multisample Study (Le "Job Crafting" en soins infirmiers : Médiation entre l'engagement au travail et la performance professionnelle dans une étude multiéchantillon)	Étudier le rôle médiateur du "job crafting" (façonnement du travail) dans la relation entre l'engagement au travail et la performance professionnelle en soins infirmiers.	Trois études indépendantes : Étude 1 (N=699), Étude 2 (N=498), Étude 3 (N=308). Données collectées auprès du personnel infirmier praticiennes espagnoles enregistrées.	Études empiriques indépendantes. Collecte de données via questionnaire Google Forms. Analyse de corrélations de Pearson (médiation implicite).
22	(Pennbrant Dåderman, 2021) — Suède	Job demands, work engagement and job turnover intentions among registered nurses: Explained by work-family private life inference	Analyser les intentions de roulement professionnel des infirmières, avec des hypothèses sur la modulation du conflit travail-famille (WFC) sur les relations entre la charge de travail quantitative, les conflits interpersonnels et l'engagement au travail.	807 personnels infirmiers (N final après exclusion d'outliers) ayant des enfants ou un partenaire. Un échantillon initial de 1450 personnels infirmiers avait été invité, 939 ont répondu. Âge moyen, 42 ans, 88.5% de femmes.	Conception transversale quantitative. Échantillon de commodité raisonné. Données collectées via un questionnaire en ligne (Google Forms) et quelques questionnaires papier. Modèles linéaires avec des échantillons bootstrap.
23	(Munn et al., 2025) — États-Unis	Job-Related Factors Associated with Burnout and Work Engagement in Emergency Nurses: Evidence to Inform Systems-Focused Interventions.	Évaluer l'association des facteurs liés au travail aux urgences (demandes et ressources) avec le burn-out et l'engagement.	337 personnels infirmiers urgentistes (N pour l'analyse) provenant d'un échantillon de 758 personnels infirmiers invités (taux de réponse de 57.5%). Âge moyen de 34.9 ans, 85.9% de femmes.	Étude transversale combinant enquête, données administratives et dossiers de santé électroniques. Données analysées à deux niveaux (niveau service d'urgence et niveau infirmier). Modèles de régression linéaire et modèles linéaires mixtes, régression Lasso.
24	(Middleton et al., 2021) — Australie	The COVID-19 pandemic - A focus on nurse managers' mental health, coping behaviours and organisational commitment.	Collecter des données démographiques, sur l'anxiété, les stratégies d'adaptation et l'engagement organisationnel des gestionnaires du personnel infirmier.	59 gestionnaires du personnel infirmier. 76.3% de femmes, âge moyen 48.8 ans. L'échantillon provient d'un seul district de santé local.	Enquête. Collecte de données entre mai et juin 2020. Statistiques descriptives et analyse de contenu.
25	(Wolotira, 2023) — États-Unis	Trauma, Compassion Fatigue, and Burnout in Nurses: The Nurse Leader's Response	L'objectif est de fournir un aperçu des soins tenant compte des traumatismes, des répercussions de ces traumatismes ainsi que de l'impact des soins informés par le traumatisme sur le personnel infirmier, ainsi que du développement de la résilience chez ces derniers.	Sans objet	Revue narratives non systématiques

26	(Kilroy et al., 2022) — Canada	Reducing burnout among nurses: The role of high-involvement work practices and colleague support	Évaluer l'hypothèse de la médiation modérée concernant le soutien des collègues, l'autonomisation psychologique et les dimensions de l'épuisement professionnel (épuisement émotionnel et dépersonnalisation).	2174 personnels infirmiers (taux de réponse de 33.2%) sur 6546 personnels infirmiers syndiqués du secteur de la santé publique canadien. Âge moyen de 41 ans, 92.2% de femmes.	Étude transversale (mentionné comme une limitation). Basée sur des enquêtes. Examine les effets de modération.
27	(Sinclair et al., 2015) — États-Unis	Bad Versus Good, What Matters More on the Treatment Floor? Relationships of Positive and Negative Events With Nurses' Burnout and Engagement.	Développer une typologie d'événements positifs et négatifs liés au travail du personnel infirmier et émettre des hypothèses sur leur relation avec l'engagement et le burn-out.	310 personnels infirmiers en soins aigus (N pour les tests d'hypothèse). Majoritairement des femmes (92%) et Caucasiennes (92%), âge moyen de 45,7 ans et 18 ans d'expérience.	Analyses secondaires de données d'enquête longitudinales (mesures à un point temporel et mesures de burn-out/engagement environ 8 mois plus tard). Analyse de contenu pour le développement de mesures.
28	(Clark et al., 2022) — États-Unis	Resilience, Moral Distress, and Job Satisfaction Driving Engagement in Emergency Department Nurses: A Qualitative Analysis.	Comprendre la détresse morale (implicite) et la résilience chez les professionnels de la santé.	15 répondants (majoritairement des femmes, non hispaniques, blanches, âgées de 31 à 50 ans, titulaires d'un baccalauréat, personnel infirmier ayant 3 à 10 ans d'expérience à leur poste actuel).	Analyse de contenu qualitative (lecture ligne par ligne des transcriptions). Étude de groupe de discussion (implicite des remerciements).
29	(Rikos et al., 2024) — Grèce	Professional quality of life, psychological well-being, and work engagement of healthcare professionals in two Greek hospitals during COVID-19: A cross-sectional study	Évaluer les niveaux de qualité de vie professionnelle, de bien-être psychologique et d'engagement au travail chez les professionnels de la santé.	102 participants (taux de réponse de 68%) sur 150 questionnaires distribués. La majorité était des femmes (73.5%) et du personnel infirmier (56.9%).	Étude transversale. Échantillonnage raisonné. Questionnaire papier-crayon. Analyse statistique descriptive, tests paramétriques et non paramétriques, modèles linéaires univariés et multivariés.
30	(Scheepers et al., 2023) — Pays-Bas	Changes in work conditions and well-being among healthcare professionals in long-term care settings in the Netherlands during the COVID-19 pandemic: a longitudinal study.	Comprendre comment les perceptions des professionnels de santé concernant les exigences et les ressources liées à leur emploi ont-elles évolué durant les périodes de faibles et de forts taux d'infection au COVID-19 dans les établissements de soins de longue durée en 2021 et de comprendre comment les évolutions des perceptions des professionnels de la	173 participants à la ligne de base. L'ensemble des 6617 professionnels de la santé des 5 établissements de soins de longue durée ont été invités à participer. 88.3% de femmes, 56.0% de personnel infirmier.	Étude longitudinale. Enquête en ligne à la ligne de base (T1) et au suivi (T2). Analyses de régression à effets fixes.

			santé concernant les exigences et les ressources liées à leur travail sont associées aux variations du burn-out et de l'engagement professionnel		
31	(Kohnen et al., 2024) — Belgique	Engaging leadership and nurse well-being: the role of the work environment and work motivation-a cross-sectional study.	Remédier aux lacunes conceptuelles et théoriques des recherches actuelles sur le leadership en (1) utilisant un nouvel outil de mesure exhaustif du burn-out, à savoir le « <i>Burnout Assessment Tool</i> », (2) en se concentrant sur le concept de Leadership Engagé (LE) qui s'ancre dans la Théorie de l'Autodétermination (TAD), une théorie bien établie de la motivation humaine, et (3) en examinant deux mécanismes explicatifs : les caractéristiques perçues du travail (c'est-à-dire les ressources et les exigences professionnelles) et la motivation intrinsèque dans la relation entre le leadership et le bien-être du personnel infirmier.	1117 personnels infirmiers en soins directs provenant de 13 hôpitaux généraux de soins aigus en Belgique. 5889 personnels infirmiers autorisés ont été invités, 1374 ont répondu (taux de réponse de 25%). 82% de femmes, âge moyen de 40 ans.	Ensemble de données transversales. Enquête. Analyse statistique : corrélations, modèles univariés et multivariés, modélisation par équations structurelles.
32	(Sirola et al., 2024) — Finlande	Associations of Shared Workspaces with Healthcare Professionals' Work Engagement and Perceived Stress	Examiner comment les professionnels de la santé évaluent la fonctionnalité des espaces de travail partagés et comment cela est lié à l'engagement au travail ainsi qu'au stress perçu.	329 participants 91% de femmes.	Étude transversale, descriptive et corrélationnelle utilisant une enquête post-occupation. Analyse statistique descriptive, corrélations de Pearson, régression linéaire par étapes.
33	(Şanlıöz et al., 2023) — Turquie	The Mediating Role of Perceived Organizational Support in the Impact of Work Engagement on Job Performance	Déterminer le rôle médiateur du soutien organisationnel perçu dans l'effet de l'engagement au travail sur la performance professionnelle.	402 données d'enquête (sur 455 initiales) ont été utilisées. 241 femmes, 161 hommes. 281 étaient du personnel de santé (infirmière/sage-femme/agent de santé).	Échantillonnage de commodité. Questionnaire fermé. Analyse des données à l'aide de SPSS et AMOS, incluant des statistiques descriptives, des analyses de validité et de fiabilité (CFA), des analyses de corrélation (Pearson) et le macroPROCESS pour les tests d'hypothèses.
34	(Riedl et Thomas, 2019) — Allemagne	The moderating role of work pressure on the relationships between emotional demands and tension, exhaustion, and work engagement: an experience sampling study among nurses	Étudier les associations intra-individuelles dans le contexte des interactions entre les exigences professionnelles (exigences émotionnelles et pression au travail) chez le personnel infirmier.	97 personnels infirmiers (sujets N2) et 1026 mesures intra-individuelles (observations N1) provenant de services médicaux et chirurgicaux	Étude d'échantillonnage de l'expérience. Données collectées via une application sur smartphone. Approche de modélisation multiniveau. Analyse factorielle confirmatoire multiniveau.

				de deux hôpitaux généraux en Allemagne. 85 femmes, 12 hommes.	
35	(Celebi Cakiroglu et Tuncer Unver, 2024) — Turquie	Toxic leadership, well-being, work engagement (Leadership toxique, bien-être, engagement au travail)	Adapter et valider les propriétés psychométriques de l'échelle "ToxBH-NM" (comportements de leadership toxiques des cadres du personnel infirmier) en turc.	559 personnels infirmiers pour l'étude principale (82.6% de femmes, âge moyen 28.84 ans). Une étude pilote a été menée avec 37 personnels infirmiers.	Étude d'adaptation et de validation d'échelle. Données collectées via des plateformes de médias sociaux. Validité de contenu (panel d'experts) et validité de construit (CFA).
36	(Porter et Urban, 2024) — États-Unis	Work Engagement, Burnout, and Well-being in Nursing Professional Development Practitioners	Décrire le phénomène de l'engagement au travail, de l'épuisement professionnel et du bien-être chez les professionnels du développement du personnel infirmier.	542 infirmiers et infirmières pour l'analyse finale (sur 666 répondants et plus de 6000 contactés).	Conception transversale, descriptive, associationnelle et comparative. Enquête en ligne. Analyse statistique descriptive, tests de normalité, tests de corrélation de Spearman.
37	(Ziedelis, 2019) — Lituanie	Perceived Calling and Work Engagement Among Nurses	Mesurer le degré de perception du travail comme une vocation et évaluer les exigences spécifiques du poste d'infirmière.	Personnel infirmier travaillant dans des organisations de soins de santé lituaniennes. 351 infirmiers et infirmières	Enquête. Validité de construit (RMSEA, CFI, TLI) et cohérence interne (Cronbach's α). Biais de méthode commun évalué par le test à facteur unique de Harman.
38	(Hult et Terkamo-Moisio, 2023) — Finlande	Mental well-being, work engagement, and work-related and personal resources among nurse managers: A structural equation model	Étudier le capital psychologique et le bien-être mental chez les cadres personnel infirmier.	366 cadres du personnel infirmier. 95% de femmes.	Étude quantitative. Données stratifiées par le score de l'indice de bien-être mental. Analyse statistique : tests du chi carré et t de Pearson, coefficient de corrélation de Pearson, analyse de chemin.
39	(Santos et al., 2020) — Portugal	Wellbeing among hospital nurses: A cross-sectional study of the contributions of relational job characteristics (le bien-être chez le personnel infirmier hospitalier : une étude transversale des contributions des caractéristiques relationnelles du travail)	Étudier les contributions des caractéristiques relationnelles du travail au bien-être chez le personnel infirmier hospitalier.	409 personnels infirmiers hospitaliers (Portugais). La majorité des participantes (36.9%) avaient entre 29 et 38 ans.	Étude transversale. Questionnaire en ligne. Analyse statistique : analyse factorielle confirmatoire, corrélations de premier ordre, statistiques descriptives, analyse de régression multiple.
40	(Remegio et al., 2021) — États-Unis	The Professional Quality of Life and Work Engagement of Nurse Leaders	Étudier la prévalence de la qualité de vie professionnelle (satisfaction de la compassion, burn-out, stress traumatique secondaire) et de l'engagement au travail chez les cadres du personnel infirmier.	144 cadres du personnel infirmier (NLs) inclus dans l'étude. 89% étaient des femmes, la majorité des cadres du personnel infirmier.	Étude quantitative (statistiques descriptives, moyennes et écarts-types sont rapportés).

41	(Barutcu et Ergin, 2017) — Turquie	Examination of Professional Commitment and Stress Management among Nurses from Different Generations	Examiner l'engagement professionnel et les situations de gestion du stress du personnel infirmier de différentes générations.	175 personnels infirmiers (Groupe X: 110; Groupe Y: 65) d'un hôpital public en Turquie.	Conception transversale et descriptive. Échantillonnage de commodité. Collecte de données par entretiens en face à face. Analyse statistique : corrélation, chi-carré et test t de Student.
42	(Paustian-Underdahl et al., 2023) — États-Unis	Examining regulatory focus in the acceleration and deceleration of engagement and exhaustion cycles among nurses	Évaluer les effets de la "promotion focus" (orientation vers la promotion) sur les cycles de perte de ressources liés à l'épuisement émotionnel et les cycles de gain de ressources liés à l'engagement au travail.	265 personnels infirmiers (240 femmes, 25 hommes) d'un centre de traumatologie de niveau II aux États-Unis. Âge moyen 36.03 ans, ancienneté moyenne 9.78 ans.	Étude longitudinale sur six périodes (2.5 ans, intervalles de 6 mois). Échantillon de commodité. Enquêtes en ligne et sur papier. Analyse statistique : descriptives, corrélations, tests d'ajustement de modèles de mesure, modèles structurels.

Annexe 2: Grille d'extraction concept d'Engagements

Étude	Définition / description	Référence théorique	Dimensions ou sous-composantes	Méthode de mesures
Étude 1 : Desai et al. (2024)	L'engagement au travail (<i>Work engagement</i>) est une attitude positive et épanouissante liée au travail, se caractérisant par de la vigueur, de la dévotion et une immersion totale. : « Work engagement is a positive, fulfilling, work-related attitude characterized by vigor, dedication, and absorption » (p. 3)	(Schaufeli et al., 2002)	✓ Vigor ✓ Dedication ✓ Absorption	Utrecht Work Engagement Scale (UWES) version originale avec 17 items.
Étude 2 : Courson et al. (2022)	La définition de l'engagement au travail n'est pas explicitement mentionnée dans l'article. Cependant, l'article utilise l'échelle Utrecht Work Engagement Scale (UWES) pour mesurer l'engagement, qui inclut des dimensions telles que la vigueur, le dévouement et l'absorption.	(Schaufeli et al., 2002)	✓ Vigor ✓ Dedication Absorption	Utrecht Work Engagement Scale (UWES) version originale avec 17 items. Le coefficient alpha de Cronbach s'élève à 0,93 selon les travaux de Schaufeli & Bakker (2004)
Étude 3 : Havens et al. (2018)	L'engagement au travail (<i>Work engagement</i>) : « Work engagement, a motivational state characterized by vigor, dedication, and absorption »	(Schaufeli et al., 2002)	✓ Vigor ✓ Dedication Absorption	Utrecht Work Engagement Scale (UWES) version originale avec 17 items.
Étude 4 : Hult et Terkamo-Moisio (2023)	L'engagement (<i>Commitment</i>) peut être défini comme un engagement professionnel ou organisationnel, lequel se décline en trois niveaux distincts : l'engagement affectif, l'engagement de continuité et l'engagement normatif : « Commitment can be defined as professional or organizational commitment, further delineated into three distinct levels: affective, continuance, and normative commitment » (p. 944)	(Allen et Meyer, 1990)	✓ L'engagement affectif ✓ L'engagement de continuité ✓ L'engagement normatif	L'engagement a été mesuré à l'aide d'un instrument non standardisé, reposant sur deux questions visant à évaluer le niveau d'engagement de l'employé tant à l'égard de son poste actuel que de la profession infirmière dans son ensemble.
Étude 5 : (Huyghebaert et al., 2019)	(Les auteurs ont concentré leur attention exclusivement sur une dimension de l'engagement telle que définie par Meyer et al. (1993)) L'engagement affectif se définit comme un attachement, une identification et une implication envers un objectif particulier. : « Affective commitment is defined as an attachment to, identification with and involvement in a particular target » (p. 208)	(Allen et Meyer, 1990)	✓ L'engagement affectif	Vandenberghe and Bentein's (2009) 6 items ($\alpha = 0.91$).
Étude 6 : Malagon-Aguilera et al. (2019)	L'engagement au travail est défini comme un état affectif et cognitif d'un individu dans un environnement professionnel, se caractérisant par une grande vigueur, une forte dévotion et une profonde absorption. : « Work engagement is considered to be an affective—cognitive state of a person in a job setting that is characterized by high vigour (levels of energy and resistance despite difficulties faced during work), high dedication (high level of commitment to the job, accompanied by a sense of meaningfulness, enthusiasm, inspiration, pride and challenge) and high absorption (the person is completely concentrated in his or her work and time passes quickly and he or she has difficulty disconnecting due to the pleasure being felt) » (p. 1622)	(Schaufeli et al., 2002)	✓ Vigor ✓ Dedication ✓ Absorption	Utrecht Work Engagement Scale (UWES) version originale avec 17 items. Le coefficient alpha de Cronbach s'élève à 0,93 selon les travaux de Schaufeli & Bakker (2003)
Étude 7 : Austin et al. (2020)	L'engagement au travail (<i>Work engagement</i>) Caractérisé par une vigueur (énergie émotionnelle), une dévotion (sens de l'enthousiasme ainsi qu'un engagement au travail) et une absorption (immersion	(Schaufeli et al., 2002)	✓ Vigor ✓ Dedication	Utrecht Work Engagement Scale (UWES) version originale avec 9 items.

Étude	Définition / description	Référence théorique	Dimensions ou sous-composantes	Méthode de mesures
	profonde dans les tâches), l'engagement au travail peut être défini comme un état d'esprit positif lié aux émotions dans le cadre professionnel. « Characterized by vigour (emotional energy), dedication (sense of enthusiasm, as well as involvement at work) and absorption (deep immersion in the tasks), work engagement can be described as a positive affective-related state of mind at work » (p. 607)		✓ Absorption	
Étude 8 : Borges et al. (2021)	L'engagement au travail (<i>Work engagement</i>) est défini par Schaufeli et al. (2006) comme un état affectif et émotionnel positif, se caractérisant par la vigueur, la dévotion et l'absorption. : « work engagement is defined by Schaufeli et al. (2006) as a positive affective-emotional state, characterized by vigour, dedication and absorption. » (p. 732)	(Schaufeli et al., 2002)	✓ Vigor ✓ Dedication ✓ Absorption	Utrecht Work Engagement Scale (UWES) version originale avec 9 items.
Étude 9 : Gómez-Salgado et al. (2021)	L'engagement au travail (<i>Work engagement</i>) est défini comme un état mental positif et satisfaisant en lien avec l'activité professionnelle, se manifestant à travers trois dimensions : la vigueur, la dévotion et l'absorption. : « Work engagement is described as a positive and satisfactory mental state related to work, expressed in three dimensions: vigour, dedication and absorption. » (p. 1017) Aussi: « Work engagement is a multi-axial concept; the multiple factors that influence work engagement are related to organisational climate (e.g. leadership, structural empowerment), job resources (e.g. interpersonal and social relations, workload, environment, organisation of work and tasks), professional resources (e.g. professional practice, autonomy, role and identity, professional practice and development), personal resources (e.g. psychological, relational skills), job demands (e.g. work pressure, physical, mental and emotional demands, adverse environment) and demographic variables. » (Keyko et al., 2016)	(Schaufeli et al., 2002)	✓ Vigor ✓ Dedication ✓ Absorption	Utrecht Work Engagement Scale (UWES-9) version originale avec x items.
Étude 10 : Mauno et al. (2016)	L'engagement au travail (<i>Work engagement</i>) est une attitude positive et épanouissante liée au travail, se caractérisant par de la vigueur, de la dévotion et une immersion totale : « WE refers to a positive, fulfilling workrelated state of mind characterized by vigour, dedication and absorption (Schaufeli et al. 2002, Schaufeli & Bakker 2010). » (p.1171)	(Schaufeli et al., 2002)	✓ Vigor ✓ Dedication ✓ Absorption	Utrecht Work Engagement Scale (UWES-9) (α total = 0.93)
Étude 11 : Hoeve et al. (2020)	Engagement organisationnel (Organizational Commitment). Ils ont proposé un modèle en trois composantes de l'engagement organisationnel en tant qu'état psychologique. Les éléments reflètent : (a) un désir (engagement affectif) ; (b) un besoin (engagement de continuité) ; et (c) une obligation (engagement normatif). « They proposed a three-component model of organizational commitment as a psychological state. The components reflect: (a) a desire (affective commitment); (b) a need (continuance commitment); and (c) an obligation (normative commitment) » (p. 839)	(Allen et Meyer, 1990)	✓ engagement affectif ✓ engagement de continuité ✓ engagement normatif	Engagement professionnel est mesuré par 3 items avec un outil du nom de <i>Repeated Exploration and Commitment Scale in the domain of Education</i> (RECS-E; van der Gaag et Kunnen, 2013)

Étude	Définition / description	Référence théorique	Dimensions ou sous-composantes	Méthode de mesures
	Engagement professionnel (professional commitment) peut-être défini comme un engagement affectif, étant également lié aux expériences professionnelles et à l'engagement envers la profession, plutôt qu'à un poste spécifique dans le domaine des soins infirmiers. «professional commitment can be defined as affective commitment, as it was also related to work experiences and commitment to the profession, not to a specific job in nursing.» (p. 840)			
Étude 12 : Marques-Pinto et al. (2018)	L'engagement au travail (<i>Work engagement</i>) a été conceptualisé comme un état affectif cognitif positif, persistant et vaste, se caractérisant par de la vigueur, de la dévotion et une immersion profonde. « Engagement has been conceptualized as a positive, persistent and broad affective-cognitive state, characterized by vigor, dedication and absorption » (p. 2-3)	(Schaufeli et al., 2002)	✓ Vigor ✓ Dedication ✓ Absorption	Utrecht Work Engagement Scale (UWES-17), version portugaise ($\alpha = 0.94$)
Étude 13 : Rawson et al. (2024)	L'engagement au travail (<i>Work engagement</i>) est défini comme un état d'esprit persistant, positif et épanouissant lié au travail, caractérisé par la vigueur, la dévotion et l'absorption : « Work engagement is described as a persistent 'positive, fulfilling work-related state of mind that is characterised by vigour, dedication and absorption » (p. 2)	(Schaufeli et al., 2002)	✓ Vigor ✓ Dedication ✓ Absorption	Utrecht Work Engagement Scale (UWES-9),
Étude 14 : Bernburg et al. (2021)	L'étude fait usage du concept d'engagement, toutefois elle ne propose pas de définition de ce dernier.		✓ Vigor ✓ Dedication ✓ Absorption	Trois éléments du Questionnaire psychosocial de Copenhague (<i>Copenhagen Psychosocial Questionnaire</i> COPSOQ) [52,53] ont été choisis afin d'examiner l'engagement professionnel du personnel infirmier en soins ambulatoires durant la pandémie.
Étude 15 : García-Iglesias et al. (2021)	L'engagement au travail (<i>Work engagement</i>) est défini comme un concept émotionnel, cognitif et psychologique qui fait référence à un état mental positif et satisfaisant en lien avec le travail, reposant sur trois dimensions : la vigueur (niveaux d'énergie élevés et endurance mentale), la dévotion (implication dans le travail, enthousiasme et défi lié à celui-ci) et l'absorption (concentration totale sur les tâches professionnelles) : « Engagement is understood as an emotional, cognitive, and psychological construct that refers to a positive and satisfactory mental state related to work, based on three dimensions: vigor (high energy levels and mental endurance), dedication (work involvement, enthusiasm, and challenge by work), and absorption (total concentration at work) » (p. 2)	(Schaufeli et al., 2002)	✓ Vigor ✓ Dedication ✓ Absorption	Utrecht Work Engagement Scale (UWES-9), version portugaise ($\alpha = 0.82$; 0.86 and 0.8 pour vigueur, dévotion et absorption respectivement)
Étude 16 : Jedwab et al. (2021)	L'étude fait usage du concept d'engagement, toutefois elle ne propose pas de définition de ce dernier.	Les sous-dimensions renvoient à Schaufeli et al. 2002)	✓ Vigor ✓ Dedication ✓ Absorption	Utrecht Work Engagement Scale (UWES-3) ($\alpha = 0.798$)
Étude 17 : Panari et al. (2022)	L'étude fait usage du concept d'engagement, toutefois elle ne propose pas de définition de ce dernier.	Les sous-dimensions renvoient à	✓ Vigor ✓ Dedication	Utrecht Work Engagement Scale (UWES-9), ($\alpha = 0.87$)

Étude	Définition / description	Référence théorique	Dimensions ou sous-composantes	Méthode de mesures
		Schaufeli et al. (2002)	✓ Absorption	
Étude 18 : Pérez-Fuentes et al. (2018)	L'engagement au travail (<i>Work engagement</i>) un état d'esprit positif et épanouissant lié au travail, caractérisé par une vigueur, un engagement et une immersion. : « a positive, fulfilling, work-related state of mind that is characterized by vigour, dedication and absorption » (p. 2)	(Schaufeli et al., 2002)	✓ Vigor ✓ Dedication ✓ Absorption	Utrecht Work Engagement Scale (UWES-17), version portugaise ($\alpha = 0.84$; 0.89 and 0.81 pour vigueur, dédication et absorption respectivement)
Étude 19 : Rodwell et Johnson (2022)	Engagement au travail (Work Engagement) L'article stipule que « Les employés engagés sont cognitivement, émotionnellement et physiquement 'présents', s'investissent dans leurs tâches professionnelles et déploient davantage d'énergie dans leur travail » [Traduction libre]. : "engaged employees are cognitively, emotionally, and physically present, are invested in their work tasks, and use more energy in their work." (p. 3)	(Kahn, 1990)	✓ Cognitively, emotionally, and physically present ✓ Work investment ✓ Energetic	L'engagement du personnel infirmier a été mesuré à l'aide d'une échelle de 12 items développée et validée par May, Gilson et Harter. Le coefficient alpha de Cronbach pour l'engagement était de 0,71
Étude 20 : Tabur et al. (2022)	L'article n'évalue pas directement des notions positives telles que l'engagement, l'implication ou le dévouement organisationnel. Il s'attache principalement aux facteurs psychologiques qui prédisent l'intention de démissionner, ce qui constitue l'antithèse directe de la rétention et, par conséquent, de l'engagement envers l'organisation. "Turnover is a deliberate separation from an organization by an individual [32]. It happens due to organizational problems, working conditions, and psychological issues [33]. Moreover, these factors might interact with each other to alter workers' negative thoughts and emotions towards organizations" (p. 3)	(Price et Mueller, 1981)	✓ Intention de quitter	L'intention de quitter a été mesurée à l'aide d'une échelle du Turnover « developed by Walsh et al. (1985)
Étude 21 : Topa et Aranda-Carmena (2022)	L'engagement au travail (<i>Work engagement</i>) a été défini comme un état psychologique satisfaisant, caractérisé par la vitalité, la dévotion et l'absorption dans les tâches professionnelles. « Work engagement has been described as a satisfying psychological state characterized by vigor, dedication, and absorption in work » (p. 2)	(Schaufeli et al., 2002)	✓ Vigor ✓ Dedication ✓ Absorption	Utrecht Work Engagement Scale (UWES-9),
Étude 22 : Pennbrant et Däderman (2021)	L'étude fait usage du concept d'engagement, toutefois elle ne propose pas de définition de ce dernier.	Les sous-dimensions renvoient à Schaufeli et al. (2002)	✓ Vigor ✓ Dedication ✓ Absorption	Utrecht Work Engagement Scale (UWES), version portugaise. Le coefficient alpha de Cronbach s'élevait à 0,74, 0,83 et 0,86 pour les dimensions de l'absorption, de la dévotion et de la vigueur, respectivement.
Étude 23 : Munn et al. (2025)	L'étude fait usage du concept d'engagement, toutefois elle ne propose pas de définition de ce dernier.	Les sous-dimensions renvoient à Schaufeli et al. (2002)	✓ Vigor ✓ Dedication ✓ Absorption	Utrecht Work Engagement Scale (UWES-9) ($\alpha = 0,92$)

Étude	Définition / description	Référence théorique	Dimensions ou sous-composantes	Méthode de mesures
Étude 24 : Middleton et al. (2021)	L'étude fait usage du concept d'engagement sous forme d'« Organizational commitment », toutefois elle ne propose pas de définition de ce dernier. L'engagement organisationnel (Organisation commitment) : plutôt que de fournir une définition théorique, l'étude évalue l'engagement en mesurant l'intention des gestionnaires du personnel infirmier de quitter leur poste		✓ Intention de quitter ✓ Organizational commitment	L'engagement organisationnel a été évalué de manière spécifique et directe par une question unique : "Organisational commitment was assessed using the question 'Due to the COVID-19 pandemic, has the thought of leaving your job crossed your mind?'"
Étude 25 : Wolotira (2023)	L'étude fait usage du concept d'engagement, toutefois elle ne propose pas de définition de ce dernier. L'article se concentre plutôt sur les facteurs qui diminuent l'intention de rester dans la profession et l'organisation, et sur le rôle du leader infirmier dans l'atténuation de ces facteurs.		✓ Intention de quitter ✓	Pas d'outil de mesure
Étude 26 : Kilroy et al. (2022)	Pratiques de travail à forte implication (High-involvement work practices — HIWPs) Définition : Les "pratiques de travail à forte implication" (High-involvement work practices, HIWPs) constituent un ensemble de pratiques en ressources humaines (RH) qui se renforcent mutuellement et agissent de manière synergique, dans le but d'améliorer les résultats des employés et de l'organisation. Cela se réalise en favorisant l'implication des employés dans des aspects clés de la prise de décision, tout en augmentant leur motivation et leurs compétences. : "High-involvement work practices (HIWPs) are a set of mutually reinforcing and synergistic human resource (HR) practices designed to improve employee and organizational outcomes by increasing employee involvement in key aspects of decision-making and increasing their motivation and abilities" (p. 115-116)	(Butts et al., 2009)	✓ L'implication des employés dans le processus décisionnel ✓ La motivation des employés et leurs compétences	La mesure des HIWPs a été effectuée à l'aide d'une échelle compilant des pratiques telles que le partage d'informations ascendant et descendant, la reconnaissance non monétaire, et la formation et le développement. Ces pratiques sont basées sur des échelles validées par Lawler et al. (1995), Jourdain et Chênevert (2010), et Tremblay et al. (2010).
Étude 27 : Sinclair et al. (2015)	L'engagement au travail (<i>Work engagement</i>) a été défini comme un état psychologique satisfaisant, caractérisé par la vitalité, la dévotion et l'absorption dans les tâches professionnelles. « a positive and fulfilling state of mind characterized by vigor, dedication, and absorption » (p. 478)	(Schaufeli et al., 2002)	✓ Vigor ✓ Dedication ✓ Absorption	Utrecht Work Engagement Scale (UWES-9) ($\alpha = 0.92$)
Étude 28 : Clark et al. (2022)	Engagement en milieu de travail (Workplace Engagement) est un état mental positif lié à l'activité professionnelle, qui se caractérise par la vigueur, la dévotion et l'absorption dans ses tâches. : « Workplace engagement, a work-related, positive mental state characterized by vigor, dedication, and absorption in one's work »	(Schaufeli et al., 2002)	✓ Vigor ✓ Dedication ✓ Absorption	Ce concept a été exploré qualitativement à l'aide d'entrevues semi-structurées. Les participants ont été interrogés sur leurs sentiments et expériences d'engagement, par exemple : "Comment cette expérience a-t-elle impacté vos sentiments d'engagement en milieu de travail dans votre service d'urgence ?"
Étude 29 : Rikos et al. (2024)	L'engagement au travail est défini comme un état mental positif et gratifiant en lien avec l'activité professionnelle, accompagné d'un sentiment de bien-être personnel et de satisfaction vis-à-vis de la profession [29]. Se caractérise par des niveaux élevés d'énergie et de résilience, une forte identification au travail, un sentiment de signification, d'enthousiasme, d'inspiration, de fierté et de défi, ce qui engendre des émotions positives à l'égard du travail et une bonne performance professionnelle, conduisant à un sentiment d'appartenance, de satisfaction et d'épanouissement.	(Schaufeli et al., 2002)	✓ Vigor ✓ Dedication ✓ Absorption	L'engagement au travail a été mesuré à l'aide de l'Utrecht Work Engagement Scale (UWES-17). Le coefficient alpha de Cronbach pour la sous-échelle de Vigueur s'élevait à 0,85, pour la sous-échelle de Dévouement à 0,91, et pour la sous-échelle d'Absorption à 0,86.

Étude	Définition / description	Référence théorique	Dimensions ou sous-composantes	Méthode de mesures
	<i>Work engagement is defined as a positive and rewarding mental state related to work, along with a sense of personal well-being and satisfaction with the profession [29] is characterized by high levels of energy and resilience (vigor), strong identification with work, a sense of significance, enthusiasm, inspiration, pride, and challenge (dedication), which result in positive feelings concerning work and good work performance by professionals, leading to the sense that one belongs, feels satisfied, and feels fulfilled (absorption) (p. 614)</i>			
Étude 30 : Scheepers et al. (2023)	L'engagement au travail (<i>Work engagement</i>) a été caractérisé par une énergie, un dévouement et une concentration soutenus. « characterized by energy, dedication, and concentration » (p. 2)	(Schaufeli et al., 2002)	✓ Vigor ✓ Dedication ✓ Absorption	Utrecht Work Engagement Scale (UWES-9) ($\alpha = 0,86-0,87$)
Étude 31 : Kohnen et al. (2024)	L'engagement au travail (<i>Work engagement</i>) désigne un état d'esprit positif et épanouissant lié à l'activité professionnelle, caractérisé par la vigueur (c'est-à-dire un niveau élevé d'énergie et de résilience mentale durant l'exercice de ses fonctions), la dévotion (qui fait référence à un sentiment de signification, d'enthousiasme et de défi), ainsi que l'absorption (état de concentration et d'implication joyeuse dans son travail). « Work engagement refers to a positive, fulfilling, work-related state of mind that is characterized by vigor (i.e., high level of energy and mental resilience while working), dedication (referring to a sense of significance, enthusiasm, and challenge), and absorption (being focused and happily engrossed in one's work) » (p. 3)	(Schaufeli et al., 2002)	✓ Vigor ✓ Dedication ✓ Absorption	Utrecht Work Engagement Scale (UWES-3) ($\alpha = 0,84$)
Étude 32 : Sirola et al. (2024)	Engagement au travail (Work Engagement) : « Work engagement refers to a positive emotional and motivational state at work. » (p. 252)	(Schaufeli et al., 2002)	✓ Vigor ✓ Dedication ✓ Absorption	L'engagement au travail a été évalué à l'aide de la version ultra-courte à 3 items de l'Utrecht Work Engagement Scale (UWES-3)
Étude 33 : Şanlıöz et al. (2023)	L'engagement au travail (<i>Work engagement</i>) est défini comme un état psychologique positif et satisfaisant en lien avec l'activité professionnelle, caractérisé par de la vigueur, un attachement et une concentration. : « work engagement is defined as a positive and satisfying psychological state related to work characterized by vigor, attachment and concentration » (p. 307)	(Schaufeli et al., 2002)	✓ Vigor ✓ Dedication ✓ Absorption	Utrecht Work Engagement Scale (UWES-3) ($\alpha = 0,85$)
Étude 34 : Riedl et Thomas (2019)	L'engagement au travail (<i>Work engagement</i>) est défini comme un état d'esprit positif et épanouissant lié au travail, caractérisé par la vigueur, la dévotion et l'absorption : « work engagement is defined as a "positive, fulfilling, work-related state of mind that is characterized by vigor, dedication, and absorption ». (p.414)	(Schaufeli et al., 2002)	✓ Vigor ✓ Dedication ✓ Absorption	Utrecht Work Engagement Scale (UWES-3),
Étude 35 : Celebi Cakiroglu et Tuncer Unver (2024)	L'engagement au travail (<i>Work engagement</i>) défini comme l'engagement total des individus dans leurs activités professionnelles. : « defined as the full involvement of individuals in their work » (p. 52)	(Schaufeli et al., 2002)	✓ Vigor ✓ Dedication ✓ Absorption	Utrecht Work Engagement Scale (UWES-17) ($\alpha = 0,89$)

Étude	Définition / description	Référence théorique	Dimensions ou sous-composantes	Méthode de mesures
Étude 36 : Porter et Urban (2024)	L'engagement au travail (<i>Work engagement</i>) est un état d'esprit positif et épanouissant lié au travail, caractérisé par la vigueur, la dévotion et l'absorption. : « Work engagement is a positive, fulfilling, work-related state of mind characterized by vigor, dedication, and absorption: » (p. 35)	(Schaufeli et al., 2002)	✓ Vigor ✓ Dedication ✓ Absorption	Utrecht Work Engagement Scale (UWES-9) ($\alpha = 0,92$)
Étude 37 : Ziedelis (2019)	Engagement au travail (Work Engagement) L'engagement au travail est "un état d'esprit positif et épanouissant lié au travail, caractérisé par la vigueur, le dévouement et l'absorption" : « positive, fulfilling, work-related state of mind that is characterized by vigor, dedication, and absorption » (p. 817)	(Schaufeli et al., 2002)	✓ Vigor ✓ Dedication ✓ Absorption	Utrecht Work Engagement Scale (UWES-17) ($\alpha = 0,881 - 0,906$)
Étude 38 : Hult et Terkamo-Moisio (2023)	Engagement au travail (Work Engagement) est une variable clé qui est définie comme un comportement positif et état d'esprit au travail : « positive behavior and state of mind at work » (p. 2)	(Schaufeli et al., 2002)	✓ Vigor ✓ Dedication ✓ Absorption	Utrecht Work Engagement Scale (UWES-9) ($\alpha = 0,96$)
Étude 39 : Santos et al. (2020)	Engagement au travail (Work Engagement) « Work engagement is defined as an affective and cognitive state characterized by vigour, dedication, and absorption » (p. 3)	(Schaufeli et al., 2002)	✓ Vigor ✓ Dedication ✓ Absorption	Utrecht Work Engagement Scale (UWES-9)
Étude 40 : Remegio et al. (2021)	L'engagement au travail (<i>Work engagement</i>) se définit comme un état positif de satisfaction lié au travail, caractérisé par la vigueur, la dévotion et l'absorption. : « Work engagement measures a positive work-related state of fulfillment characterized by vigor, dedication, and absorption. » (p. 97)	(Schaufeli et al., 2002)	✓ Vigor ✓ Dedication ✓ Absorption	Utrecht Work Engagement Scale (UWES-9)
Étude 41 : Barutcu et Ergin (2017)	Engagement professionnel (Professional Commitment) L'article ne fournit pas une définition explicite de l'engagement professionnel. Le concept est abordé en relation avec des sous-échelles telles que la disposition à fournir des efforts « willingness to make effort », le maintien en tant que membre « maintaining as a membership » et la croyance aux objectifs et aux valeurs « belief in goals and values ». (p. 461)		✓ la disposition à fournir des efforts ✓ le maintien en tant que membre ✓ la croyance aux objectifs et aux valeurs	L'Échelle d'Engagement professionnel a été élaborée et révisée par les auteurs (Lu, Chiou et Chang 2000 ; 2002 ; 2007). Il comporte 26 items et le coefficient de Cronbach est de 0,89.
Étude 42 : Paustian-Underdahl et al. (2023)	L'engagement du personnel infirmier constitue un état d'esprit positif et épanouissant lié au travail, caractérisé par une immersion et une dévotion envers ses responsabilités professionnelles. « Nurse engagement is a positive, fulfilling, work-related state of mind associated with being absorbed and dedicated to one's work (Hetzl-Riggin et al., 2020) » (p. 282) Bien que cela ne constitue pas une définition émanant de Schaufeli et al., les outils de mesure ainsi que les concepts employés dans cette définition se rattachent à ceux proposés par Schaufeli et al. (2002).	(Schaufeli et al., 2002)	✓ Vigor ✓ Dedication ✓ Absorption	Utrecht Work Engagement Scale (UWES-9),

Annexe 3: Grille d'extraction concept de santé psychologique

Étude # — Auteurs	Concepts liés à la santé psychologique	Définitions des concepts	Statut du concept	Méthode de mesures
Étude 1 — Desai et al. (2024)	Burn-out (BO)	" According to the World Health Organization (WHO), burnout is a syndrome resulting from "chronic workplace stress that has not been successfully managed" and is considered a serious health issue. The result is burnout (BO), evidenced by emotional exhaustion, depersonalization, and a reduced sense of personal accomplishment related to job dissatisfaction."(p. 2) Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le burn-out est un syndrome découlant d'un « stress chronique au travail qui n'a pas été géré de manière adéquate » et est considéré comme un problème de santé majeur. Le résultat se manifeste par un épuisement professionnel, caractérisé par une fatigue émotionnelle, une dépersonnalisation et une diminution du sentiment d'accomplissement personnel en lien avec une insatisfaction au travail. [Traduction libre]	Symptôme / Manifestation centrale — Détresse	Professional Quality of Life Scale-5 (ProQOL-5)
	Gratitude practice	" As defined by Robert Emmons and Michael McCullough, gratitude is defined as a two-step process: 1. recognition and appreciation of a positive outcome or event and 2. the acknowledgment of the goodness in one's life and recognizing that much of this goodness was due to forces beyond oneself and through the efforts of others." (p. 3) Selon la définition proposée par Robert Emmons et Michael McCullough, la gratitude se caractérise par un processus en deux étapes : 1. la reconnaissance et l'appréciation d'un résultat ou d'un événement positif, et 2. la prise de conscience de la bonté présente dans sa vie, ainsi que la reconnaissance que cette bonté résulte en grande partie de forces extérieures à soi et des efforts d'autrui. [Traduction libre]	Facteur contributif — Bien-être	Groupe de pratique de gratitude autoguidé basé sur des podcasts

Étude # — Auteurs	Concepts liés à la santé psychologique	Définitions des concepts	Statut du concept	Méthode de mesures
	Heartfulness meditation practice	" Heartfulness is a simple heart-based meditation practice comprised of relaxation and meditation, rejuvenation techniques, and inner connection to help cultivate poise, resiliency, inner peace, and expansion of consciousness." (p. 3-4) Le Heartfulness est une pratique de méditation simple axée sur le cœur, qui se compose de techniques de relaxation et de méditation, ainsi que de méthodes de régénération et de connexion intérieure. Cette approche vise à favoriser l'équilibre, la résilience, la paix intérieure et l'expansion de la conscience. Je vous prie de bien vouloir préciser le texte que vous souhaitez que je reformule. [Traduction libre]	Facteur contributif — Bien-être	Programme de méditation Heartfulness virtuel guidé par un formateur
	Secondary Traumatic Stress (STS)	" Secondary trauma stress is described as a negative feeling driven by work-related trauma and fear." (p. 2) Le stress traumatique secondaire est défini comme une émotion négative résultant de traumatismes liés au travail et à la peur. [Traduction libre]	Symptôme / Manifestation centrale — Détresse	Professional Quality of Life Scale-5 (ProQOL-5)
	Compassion	"Compassion is understood as one's ability to perceive a fellow being's distress with a willingness to alleviate it." (p. 2) La compassion est définie comme la capacité d'un individu à percevoir la détresse d'un semblable, accompagnée d'une volonté d'y remédier. [Traduction libre]	Facteur contributif — Bien-être	
	Compassion Satisfaction (CS)	"Compassion satisfaction (CS) is generally considered a positive and enriching emotion of satisfaction associated with providing care to patients" (p. 2) "La satisfaction compassionnelle (SC) est généralement perçue comme une émotion positive et enrichissante, liée à l'acte de prodiguer des soins aux patients." [Traduction libre]	Facteur contributif — Bien-être	Professional Quality of Life Scale-5 (ProQOL-5)
	Mental wellbeing	"To investigate whether Heartfulness meditation practice, compared to Gratitude practice, leads to measurable changes in mental wellbeing among healthcare providers across the US." "Examiner si la pratique de la méditation Heartfulness, en comparaison avec la pratique de la gratitude, engendre des changements mesurables	Concept général — Bien-être	Professional Quality of Life Scale-5 (ProQOL-5)

Étude # — Auteurs	Concepts liés à la santé psychologique	Définitions des concepts	Statut du concept	Méthode de mesures
		dans le bien-être mental des professionnels de la santé à travers les États-Unis." [Traduction libre]		
	Compassion fatigue (CF)	“Compassion fatigue (CF) is a result of witnessing and absorbing the problems and suffering of others when working with traumatized individuals, leading to emotional and psychological exhaustion” (p. 2) La fatigue compassionnelle (FC) résulte de l’observation et de l’absorption des problèmes et des souffrances d’autrui lors de l’accompagnement d’individus traumatisés, entraînant ainsi une forme d’épuisement émotionnel et psychologique. [Traduction libre]	Facteur contributif — Détresse	Professional Quality of Life Scale-5 (ProQOL-5)
Étude 2 — Courson et al. (2022)	Work engagement	<i>Concept employé en tant que facteur contributif à la santé psychologique, bien qu’il ne soit pas défini.</i>	Facteur contributif — Bien-être	Utrecht Work Engagement Scale (UWES)
	anxiety	<i>Concept symptomatique de la détresse psychologique, non défini dans l’étude.</i>	Symptôme / Manifestation centrale — Détresse	Fear of COVID-19 scale
	Fear of COVID-19	<i>Concept symptomatique de la détresse psychologique, non défini dans l’étude.</i>	Symptôme / Manifestation centrale — Détresse	Fear of COVID-19 scale
Étude 3 — Havens et al. (2018)	Professional efficacy (one dimension of burnout)	Concept sous-entendu comme : « <i>a sense of effectiveness</i> » (p. 134) est une sous dimension du burn-out	Symptôme / Manifestation centrale — Bien-être	Maslach Burnout Inventory for medical personnel
	Burn-out (BO)	<i>Concept symptomatique de la détresse psychologique, non défini dans l’étude.</i>	Symptôme / Manifestation centrale — Détresse	Maslach Burnout Inventory for medical personnel
	Depersonalization (one dimension of burnout)	Concept sous-entendu comme : « <i>cynicism and detachment</i> » (p. 134) est une sous dimension du burn-out	Symptôme / Manifestation centrale — Détresse	Non mesuré (non examiné dans cette étude)
	Emotional exhaustion (one dimension of burnout)	Concept sous-entendu comme : « <i>sense of overwhelming exhaustion</i> » (p. 134) est une sous dimension du burn-out	Symptôme / Manifestation centrale — Détresse	Maslach Burnout Inventory for medical personnel

Étude # — Auteurs	Concepts liés à la santé psychologique	Définitions des concepts	Statut du concept	Méthode de mesures
Étude 4 — Hult et Terkamo-Moisio (2023)	Exercise of rights (faire valoir ses droits)	<i>Concept non symptomatique, mais reconnu comme un facteur contributif au bien-être ; toutefois, il n'est pas défini dans l'article.</i>	Facteur contributif — Bien-être	EPRES-Be (Employment Precariousness Scale)
	Rights (Droits)	<i>Concept non symptomatique, mais reconnu comme un facteur contributif au bien-être ; toutefois, il n'est pas défini dans l'article.</i>	Facteur contributif — Bien-être	EPRES-Be (Employment Precariousness Scale)
	Training	<i>Concept non symptomatique, mais reconnu comme un facteur contributif au bien-être. Il évalue la disponibilité des opportunités de formation continue offertes par l'employeur ; toutefois, il n'est pas défini dans l'article.</i>	Facteur contributif — Bien-être	EPRES-Be (Employment Precariousness Scale)
	Wages (salaire)	<i>Concept non symptomatique, mais reconnu comme un facteur contributif au bien-être ; toutefois, il n'est pas défini dans l'article. "Wages focused on salary levels."(p. 944)</i>	Facteur contributif — Bien-être	EPRES-Be (Employment Precariousness Scale)
	Disempowerment (formal)	<i>Concept non symptomatique, mais reconnu comme un facteur contributif à la détresse. La catégorie formelle de désémancipation a évalué les opportunités d'influence relatives aux accords sur les salaires, les prestations sociales et les droits, toutefois, le concept en soi n'est pas défini dans l'article.</i>	Facteur contributif — Détresse	EPRES-Be (Employment Precariousness Scale)
	Disempowerment (informal)	<i>Concept non symptomatique, mais reconnu comme un facteur contributif à la détresse. La catégorie informelle a examiné la question de la désémancipation en ce qui concerne les tâches professionnelles et les horaires de travail, une fois de plus, le concept en soi n'est pas défini dans l'article.</i>	Facteur contributif — Détresse	EPRES-Be (Employment Precariousness Scale)
	PE (Precarious employment)	<i>One strand of research has operationalized it through a set of indicators encompassing employment instability, diminished bargaining power, substandard wages, vulnerability, restricted workplace rights, and an absence of social safeguards, along with an inability to exercise legally conferred workplace rights (p. 943).</i>	Facteur contributif — Détresse	EPRES-Be (Employment Precariousness Scale)

Étude # — Auteurs	Concepts liés à la santé psychologique	Définitions des concepts	Statut du concept	Méthode de mesures
		Une ligne de recherche a opérationnalisé ce concept à travers un ensemble d'indicateurs englobant l'instabilité de l'emploi, la diminution du pouvoir de négociation, des salaires inférieurs aux normes, la vulnérabilité, des droits au travail restreints, ainsi qu'une absence de protections sociales, accompagnée d'une incapacité à exercer les droits au travail conférés par la loi ([Traduction libre] p. 943).		
	Temporariness	<i>Concept non symptomatique, mais reconnu comme un facteur contributif de la détresse. Le questionnaire se focalise surtout sur la durée du contrat de travail ; toutefois, il n'est pas défini dans l'article.</i>	Facteur contributif - Détresse	EPRES-Be (Employment Precariousness Scale)
	Vulnerability	<i>Concept non symptomatique, mais reconnu comme un facteur contributif de la détresse. La vulnérabilité explore l'impact d'un style de gestion autoritaire à travers neuf questions comprenant également des interrogations sur l'accès à l'information relative aux risques pour la santé et la sécurité au travail, ainsi que sur les perceptions des procédures équitables concernant le paiement des salaires et d'autres avantages liés à l'emploi ; toutefois, le concept en soi n'est pas défini dans l'article.</i>	Facteur contributif - Détresse	EPRES-Be (Employment Precariousness Scale)
	Working times	<i>Concept non symptomatique, mais reconnu comme un facteur contributif de la détresse ; toutefois, il n'est pas défini dans l'article.</i>	Facteur contributif - Détresse	EPRES-Be (Employment Precariousness Scale)
	Commitment	“Commitment can be defined as professional or organizational commitment, further delineated into three distinct levels: affective, continuance, and normative commitment” (p. 943) L'engagement peut être défini comme un engagement professionnel ou organisationnel, qui se décline en trois niveaux distincts : l'engagement affectif, l'engagement continu et l'engagement normatif. [traduction libre]	Facteur contributif - Bien-être	Mesuré (échelle 0-20)
	Turnover intentions	<i>Concept symptomatique de la détresse cependant non défini dans l'article</i>	Symptôme / Manifestation centrale - Détresse	Non mesuré (impliqué par le titre)

Étude # — Auteurs	Concepts liés à la santé psychologique	Définitions des concepts	Statut du concept	Méthode de mesures
Étude 5 – Huyghebaert et al. (2019)	ACS (affective commitment to supervisor)	Affective commitment is defined as an attachment to, identification with and involvement in a particular target Affective commitment to supervisor (ACS) “refers to a high-quality relationship between employees and their supervisors, to employees’ sense of emotional attachment and identification to their supervisors, and their desire to maintain a work relationship with them” (p. 208) L’engagement affectif envers le superviseur (ACS) fait référence à une relation de qualité entre les employés et leurs superviseurs, à un sentiment d’attachement émotionnel et d’identification des employés envers leurs superviseurs, ainsi qu’à leur désir de maintenir une relation de travail avec ces derniers. [Traduction libre]	Facteur contributif - Bien-être	Vandenberghe and Bentein’s (2009) six-items scale
	PCO (perceived career opportunities)	“Perceived career opportunities are defined as “employees’ perceptions of the degree to which work assignments and job opportunities that match their career interests and goals are available within their current organization” (p. 208) Les opportunités de carrière perçues sont définies comme les perceptions des employés concernant le degré auquel les missions de travail et les opportunités professionnelles correspondant à leurs intérêts et objectifs de carrière sont disponibles au sein de leur organisation actuelle. [Traduction libre]	Facteur contributif - Bien-être	Mesuré avec trois items ($\alpha = 0.85$) développés par Kraimer et al. (2011)
	ACO (affective commitment to the organisation)	“Affective commitment is defined as an attachment to, identification with and involvement in a particular target [...] it can indeed be directed towards different targets” (p. 208) L’engagement affectif se définit comme un attachement, une identification et une implication envers un objectif particulier [...] Il peut en effet être orienté vers différentes cibles. [Traduction libre]	Facteur contributif - général	Non mesuré (mais mentionné comme mécanisme)
	Wellbeing	Ceci constitue l’une des deux dimensions de la santé psychologique ; toutefois, elle n’est pas définie dans l’article.	Concept général - Bien-être	<i>Well-being</i> was measured through the five-item high pleasurable-high arousal subscale from the Job-related Affective Wellbeing Scale (Van Katwyk, Fox, Spector, & Kelloway, 2000) ($\alpha = 0.82$).

Étude # — Auteurs	Concepts liés à la santé psychologique	Définitions des concepts	Statut du concept	Méthode de mesures
	Social isolation	“Social isolation from colleagues refers to employees’ “perceptions of lack of availability of support and recognition, missed opportunities for informal interactions with co-workers, and not being part of the group” (p. 209) L’isolement social vis-à-vis des collègues se définit par les perceptions des employés concernant l’absence de disponibilité de soutien et de reconnaissance, les occasions manquées d’interactions informelles avec leurs pairs, ainsi que le sentiment de ne pas faire partie du groupe.[Traduction libre]	Symptôme / Manifestation centrale - Détresse	Marshall et al. (2007) workplace isolation scale
	Turnover intentions	Concept symptomatique de la détresse cependant non défini dans l'article	Symptôme / Manifestation centrale - Détresse	Turnover intentions were assessed with three items ($\alpha = 0.89$) used by Bentein et al. (2005). Responses were given on a five-point scale ranging from 1 (strongly disagree) to 5 (strongly agree).
Étude 6 – Malagon-Aguilera et al. (2019)	Social support	Concept non symptomatique, mais reconnu comme un facteur contributif au bien-être ; toutefois, il n'est pas défini dans l'article.	Facteur contributif - Bien-être	Questionnaire (item)
	stressors	Concept non symptomatique, mais reconnu comme un facteur contributif de la détresse; toutefois, il n'est pas défini dans l'article.	Facteur contributif - Détresse	Non mesuré
	work-related family conflicts	Concept non symptomatique, mais reconnu comme un facteur contributif de la détresse ; toutefois, il n'est pas défini dans l'article.	Facteur contributif - Détresse	Questionnaire (item)
	Comprehensibility	Concept non symptomatique, mais reconnu comme un facteur contributif au bien-être ; toutefois, il n'est pas défini dans l'article.	Facteur contributif - Bien-être	SOC-13 questionnaire (version espagnole)
	Manageability	Concept non symptomatique, mais reconnu comme un facteur contributif au bien-être ; toutefois, il n'est pas défini dans l'article.	Facteur contributif - Bien-être	SOC-13 questionnaire (version espagnole)
	Meaningfulness	Concept non symptomatique, mais reconnu comme un facteur contributif au bien-être ; toutefois, il n'est pas défini dans l'article.	Facteur contributif - Bien-être	SOC-13 questionnaire (version espagnole)
	Self-reported health	Concept non symptomatique, mais reconnu comme un facteur contributif au bien-être ou à la détresse ; toutefois, il n'est pas défini dans l'article.	Facteur contributif - général	EQ-5D-5L questionnaire

Étude # — Auteurs	Concepts liés à la santé psychologique	Définitions des concepts	Statut du concept	Méthode de mesures
	Sense of coherence (SOC)	<i>“Sense of coherence is a self-reported health indicator, which is considered a global measure including different health dimensions, permitting even people with physical limitations to refer to having a good perception of health owing to their relationships with their environment and loved ones and to their emotional or intellectual satisfaction”</i> (p. 1621) Le sentiment de cohérence constitue un indicateur de santé autoévalué, considéré comme une mesure globale englobant différentes dimensions de la santé. Il permet même aux personnes présentant des limitations physiques d’exprimer une perception positive de leur santé, grâce à leurs relations avec leur environnement et leurs proches, ainsi qu’à leur satisfaction émotionnelle ou intellectuelle. [Traduction libre]	Facteur contributif - Bien-être	SOC-13 questionnaire (version espagnole)
	Work engagement (vigour, dedication, absorption)	<i>"Work engagement is considered to be an affective–cognitive state of a person in a job setting that is characterized by high vigour (levels of energy and resistance despite difficulties faced during work), high dedication (high level of commitment to the job, accompanied by a sense of meaningfulness, enthusiasm, inspiration, pride and challenge) and high absorption (the person is completely concentrated in his or her work and time passes quickly and he or she has difficulty disconnecting due to the pleasure being felt)"</i> (p. 1622) L’engagement au travail est perçu comme un état affectif et cognitif d’un individu dans un environnement professionnel, se caractérisant par une grande vigueur (niveaux d’énergie et de résistance face aux difficultés rencontrées dans l’exercice de ses fonctions), une forte dévotion (un niveau élevé d’engagement envers le travail, accompagné d’un sentiment de signification, d’enthousiasme, d’inspiration, de fierté et de défi) et une immersion élevée (l’individu est entièrement concentré sur ses tâches, le temps semble s’écouler rapidement et il éprouve des difficultés à se déconnecter en raison du plaisir ressenti). [Traduction libre]	Facteur contributif - Bien-être	UWES-17

Étude # — Auteurs	Concepts liés à la santé psychologique	Définitions des concepts	Statut du concept	Méthode de mesures
	Stress	<i>Concept symptomatique de la détresse psychologique, non défini dans l'étude.</i>	Symptôme / Manifestation centrale - Détresse	Non mesuré
Étude 7 – Austin et al. (2020)	autonomous motivation	" working out of pleasure or because the work conducted is highly valued." (p. 607) travailler par plaisir ou en raison de la grande valeur accordée au travail réalisé. [Traduction libre]	Facteur contributif - Bien-être	Non mesuré (décrit comme un type de motivation)
	Fosters Controlled motivation	" working mainly under internal or external pressure" (p. 607) travaillant principalement sous pression interne ou externe [Traduction libre]	Facteur contributif - Détresse	Non mesuré (décrit comme un type de motivation)
	work engagement (vigour, dedication, absorption)	"Characterized by vigour (emotional energy), dedication (sense of enthusiasm, as well as involvement at work) and absorption (deep immersion in the tasks), work engagement can be described as a positive affective-related state of mind at work" (p. 607) Caractérisé par une vigueur (énergie émotionnelle), une dévotion (sens de l'enthousiasme ainsi qu'un engagement au travail) et une absorption (immersion profonde dans les tâches), l'engagement au travail peut être défini comme un état d'esprit positif lié aux émotions dans le cadre professionnel. [Traduction libre]	Facteur contributif - Bien-être	Utrecht Work Engagement Scale (UWES-9)
	Fatigue	"Fatigue reflects an overwhelming sense of tiredness attributable to physical and psychological demands which can be alleviated by rest periods during and following work shifts" (p. 607) La fatigue se manifeste par un sentiment accablant de lassitude, résultant des exigences physiques et psychologiques, qui peut être atténué par des périodes de repos durant et après les quarts de travail. [Traduction libre]	Symptôme / Manifestation centrale - Détresse	8-item asthenia-fatigue sub-scale of Pichot and Brun's (1984)
	Intention to quit the occupation	<i>Concept symptomatique de la détresse cependant non défini dans l'article</i>	Symptôme / Manifestation centrale - Détresse	Item adapté de l'échelle d'O'Driscoll et Beehr (1994)
	Sickness absence	"Sickness absence was conceptualized as the total number of days of missed work due to personal	Symptôme / Manifestation	Questionnaire (auto-déclaré)

Étude # — Auteurs	Concepts liés à la santé psychologique	Définitions des concepts	Statut du concept	Méthode de mesures
		health-related reasons in the past 12 months." (p. 610) L'absence pour maladie a été conceptualisée comme le nombre total de jours de travail manqués en raison de problèmes de santé personnels au cours des douze derniers mois. [Traduction libre]	centrale - Déresse	
Étude 8 – Borges et al. (2021)	Work-family interaction / family-work interaction	<i>Concept non symptomatique, mais reconnu comme un facteur contributif de la détresse ou du bien-être; toutefois, il n'est pas défini dans l'article.</i>	Facteur contributif - général	Survey Work-Home interaction Nijmegen (SWING)
	work engagement (Vigour, Dedication, Absorption)	"Regarding work engagement, it is defined by Schaufeli et al. (2006) as a positive affective-emotional state, characterized by vigour, dedication and absorption." (p. 732) En ce qui concerne l'engagement au travail, celui-ci est défini par Schaufeli et al. (2006) comme un état affectif et émotionnel positif, se caractérisant par la vigueur, la dévotion et l'absorption. [Traduction libre]	Facteur contributif - Bien-être	Utrecht Work Engagement Scale (UWES)
	Stress perception	<i>Concept symptomatique de la détresse cependant non défini dans l'article</i>	Symptôme / Manifestation centrale - Déresse	Questionnaire sociodémographique/professionnel
	Workaholism (Compulsive work, Excessive work)	"compulsive desire of a person whose need for work has become so excessive that it creates noticeable disturbance or interference with his bodily health, personal happiness, and interpersonal relations, and with self-smooth social functioning." (p. 732) Désir compulsif d'une personne dont le besoin de travailler est devenu si excessif qu'il engendre des perturbations notables ou des interférences avec sa santé physique, son bonheur personnel, ses relations interpersonnelles, ainsi qu'avec son bon fonctionnement social. [Traduction libre]	Symptôme / Manifestation centrale - Déresse	Dutch Work Addiction Scale (DUWAS)
Étude 9 – Gómez-Salgado et al. (2021)	work engagement (vigour, dedication, absorption)	"Work engagement is described as a positive and satisfactory mental state related to work, expressed in three dimensions: vigour, dedication and absorption" (p. 1017) L'engagement au travail est défini comme un état mental positif et satisfaisant en lien avec l'activité professionnelle, se manifestant à travers trois	Facteur contributif - Bien-être	Utrecht Work Engagement Scale (UWES)

Étude # — Auteurs	Concepts liés à la santé psychologique	Définitions des concepts	Statut du concept	Méthode de mesures
		dimensions : la vigueur, la dévotion et l'absorption. [Traduction libre]		
	Psychological Distress	<i>Ceci constitue l'une des deux dimensions de la santé psychologique ; toutefois, elle n'est pas définie dans l'article.</i>	Concept général - détresse	General Health Questionnaire (GHQ-12)
Étude 10 – Mauno et al. (2016)	Emotional dissonance	" <i>emotional dissonance refers to a cognitive process where an employee experiences or becomes aware of a mismatch between his/her true emotions and the emotions (s)he is expected to display in a given transaction with another person(s)</i> " (p. 1171) La dissonance émotionnelle désigne un processus cognitif au cours duquel un employé éprouve ou prend conscience d'un décalage entre ses véritables émotions et celles qu'il est censé exprimer lors d'une interaction avec autrui. [Traduction libre]	Facteur contributif - Détresse	Sous-échelle de Zapf et al. (1999)
	Emotional labour (emotional dissonance, emotional sensitivity requirements)	" <i>emotional labour (henceforth EL) refers to a required expression of appropriate emotions during interpersonal face-to-face or voice-to-voice transactions.</i> " (p. 1170) Le travail émotionnel (TE) désigne l'expression nécessaire d'émotions appropriées lors d'interactions interpersonnelles en face à face ou par voie vocale. [Traduction libre]	Facteur contributif - Détresse	Mesuré par deux sous-échelles de Zapf et al. (1999)
	Emotional sensitivity requirements	<i>Concept non symptomatique, mais reconnu comme un facteur contributif de la détresse; toutefois, il n'est pas défini dans l'article.</i>	Facteur contributif - Détresse	Sous-échelle de Zapf et al. (1999)
	Work Engagement (WE)	" <i>WE refers to a positive, fulfilling workrelated state of mind characterized by vigour, dedication and absorption</i> " (p. 1171) L'engagement au travail se définit comme un état d'esprit positif et épanouissant lié à l'activité professionnelle, se caractérisant par la vigueur, la dévotion et l'absorption. [Traduction libre]	Facteur contributif - Bien-être	Shortened Utrecht Work Engagement Scale (UWES-9)

Étude # — Auteurs	Concepts liés à la santé psychologique	Définitions des concepts	Statut du concept	Méthode de mesures
Étude 11 – Hoeve et al. (2020)	Organizational job stressors (perceived environmental job stressors: complexity of care, conflicting job demands, existential events, work-life imbalance; perceived relational job stressors: lack of support from colleagues, negative experiences with patients; lack of control)	un événement ou des événements perçus comme menaçants pour un individu et qui suscitent des réponses physiologiques et comportementales. (p. 839) [Traduction libre]	Facteur contributif - Détresse	Contenu analysé et codé à partir des entrées de journal (dichotomisé 0/1)
	Occupational stress	<i>Concept non symptomatique, mais reconnu comme un facteur contributif de la détresse ; toutefois, il n'est pas défini dans l'article.</i>	Symptôme / Manifestation centrale - Détresse	Non mesuré (concept théorique)
	Emotional conflict	<i>Concept symptomatique de la détresse ; toutefois, il n'est pas défini dans l'article.</i>	Symptôme / Manifestation centrale - Détresse	Non mesuré (concept théorique)
	Commitment	<i>Concept non symptomatique, mais reconnu comme un facteur contributif au bien-être ; toutefois, il n'est pas défini dans l'article.</i>	Facteur contributif - Bien-être	Repeated Exploration and Commitment Scale in the domain of Education (RECS-E)
	Negative emotions	<i>Concept symptomatique de la détresse ; toutefois, il n'est pas défini dans l'article.</i>	Symptôme / Manifestation centrale - Détresse	Deux questions (échelle de Likert 1-6)
Étude 12 – Marques-Pinto et al. (2018)	Personal accomplishment	<i>Concept symptomatique au bien-être ; toutefois, il n'est pas défini dans l'article.</i>	Symptôme / Manifestation centrale - Bien-être	Maslach Burnout Inventory-Human Service Survey (MBI-HSS)
	Burn-out (emotional exhaustion, depersonalization, personal accomplishment)	" Burnout has been defined as a syndrome of emotional exhaustion, depersonalization and lack of personal accomplishment, which occurs in human services professionals as a reaction to prolonged or chronic professional stress" (p. 2) Le burn-out est défini comme un syndrome caractérisé par un épuisement émotionnel, une dépersonnalisation et un sentiment de manque d'accomplissement personnel, qui se manifeste chez les professionnels en réponse à un stress professionnel prolongé ou chronique. [Traduction libre]	Symptôme / Manifestation centrale - Détresse	Maslach Burnout Inventory-Human Service Survey (MBI-HSS)

Étude # — Auteurs	Concepts liés à la santé psychologique	Définitions des concepts	Statut du concept	Méthode de mesures
	Depersonalization	<i>Concept symptomatique de la détresse ; toutefois, il n'est pas défini dans l'article</i>	Symptôme / Manifestation centrale - Détresse	Maslach Burnout Inventory-Human Service Survey (MBI-HSS)
	Emotional exhaustion	<i>Concept symptomatique de la détresse ; toutefois, il n'est pas défini dans l'article</i>	Symptôme / Manifestation centrale - Détresse	Maslach Burnout Inventory-Human Service Survey (MBI-HSS)
	Turnover intention (intention to leave the organization)	<i>Concept symptomatique de la détresse ; toutefois, il n'est pas défini dans l'article</i>	Symptôme / Manifestation centrale - Détresse	Item dichotomique Oui/Non
	Work engagement	" Engagement has been conceptualized as a positive, persistent and broad affective-cognitive state, characterized by vigor, dedication and absorption" (p. 2-3). L'engagement a été conceptualisé comme un état affectif cognitif positif, persistant et étendu, se caractérisant par de la vigueur, de la dévotion et une immersion totale. [Traduction libre]	Facteur contributif - Bien-être	Échelle ajoutée (nom non spécifié)
Étude 13 – Rawson et al. (2024)	Nurse empowerment	" Nurse empowerment is to feel valued at work, be listened to and to be creative as a team—your input is valued." (p. 7) L'empouvoirement du personnel infirmier consiste à se sentir apprécié au sein de son environnement professionnel, à être écouté et à pouvoir faire preuve de créativité en équipe. [Traduction libre]	Facteur contributif - Bien-être	Guide d'entrevue (qualitatif)
	Relational ties	<i>Concept non symptomatique, mais reconnu comme un facteur contributif au bien-être ; toutefois, il n'est pas défini dans l'article.</i>	Facteur contributif - Bien-être	Mesure des scores moyens
	Work engagement	L'engagement au travail est défini comme un état d'esprit persistant, positif et épanouissant lié au travail, caractérisé par la vigueur, la dévotion et l'absorption. [Traduction libre]	Facteur contributif - Bien-être	Guide d'entrevue (qualitatif)
Étude 14 – Bernburg et al. (2021)	Mental health	<i>Concept général; toutefois, il n'est pas défini dans l'article.</i>	Concept général	Non mesuré (concept global)
	Pandemic-related stress	<i>Concept symptomatique de la détresse ; toutefois, il n'est pas défini dans l'article</i>	Symptôme / Manifestation centrale - Détresse	Perceived Stress Scale (PSS)

Étude # — Auteurs	Concepts liés à la santé psychologique	Définitions des concepts	Statut du concept	Méthode de mesures
	Pandemic-related worries and concerns	<i>Concept symptomatique de la détresse ; toutefois, il n'est pas défini dans l'article</i>	Symptôme / Manifestation centrale - Détresse	Questionnaire de Goulia et al.
	Sleep quality	<i>Concept symptomatique de la détresse ; toutefois, il n'est pas défini dans l'article</i>	Symptôme / Manifestation centrale - Détresse	Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)
	Stress perception	<i>Concept symptomatique de la détresse ; toutefois, il n'est pas défini dans l'article</i>	Symptôme / Manifestation centrale - Détresse	Perceived Stress Scale (PSS)
	Work engagement	<i>Concept non symptomatique, mais reconnu comme un facteur contributif de la détresse ; toutefois, il n'est pas défini dans l'article.</i>	Facteur contributif - Bien-être	Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ)
Étude 15 – García-Iglesias et al. (2021)	Psychological well-being	<i>Ceci constitue l'une des deux dimensions de la santé psychologique ; toutefois, elle n'est pas définie dans l'article.</i>	Concept général - Bien-être	General Health Questionnaire (GHQ-12)
	Psychosocial risk assessment (Psychological Requirements, Active Work and Skills Development, Social Support in the Company, Compensation, Double Presence)	<i>Concept non symptomatique, mais reconnu comme un facteur contributif de la détresse ; toutefois, il n'est pas défini dans l'article.</i>	Facteur contributif - Détresse	Copenhagen Psychosocial Questionnaire (CoPsoQ-istas21)
	Engagement assessment	« Engagement is understood as an emotional, cognitive, and psychological construct that refers to a positive and satisfactory mental state related to work, based on three dimensions: vigor (high energy levels and mental endurance), dedication (work involvement, enthusiasm, and challenge by work), and absorption (total concentration at work) » (p. 2) L'engagement au travail (<i>Work engagement</i>) est défini comme un concept émotionnel, cognitif et psychologique qui fait référence à un état mental positif et satisfaisant en lien avec le travail, reposant sur trois dimensions : la vigueur (niveaux d'énergie élevés et endurance mentale), la dévotion (implication dans le travail, enthousiasme et défi lié à celui-ci) et l'absorption (concentration totale sur les tâches professionnelles)	Facteur contributif - Bien-être	Utrecht Work Engagement Scale (UWES)

Étude # — Auteurs	Concepts liés à la santé psychologique	Définitions des concepts	Statut du concept	Méthode de mesures
	Non-psychotic psychiatric problems	<i>Concept non symptomatique, mais reconnu comme un facteur contributif de la détresse ; toutefois, il n'est pas défini dans l'article.</i>	Symptôme / Manifestation centrale - Détresse	General Health Questionnaire (GHQ-12)
	Psychological Distress	<i>Ceci constitue l'une des deux dimensions de la santé psychologique ; toutefois, elle n'est pas définie dans l'article.</i>	Concept général - détresse	General Health Questionnaire (GHQ-12) (score > 3)
Étude 16 – Jedwab et al. (2021)	Motivation	<i>Concept non symptomatique, mais reconnu comme un facteur contributif au bien-être ; toutefois, il n'est pas défini dans l'article.</i>	Facteur contributif - Bien-être	ACTA tool (adapted for EMR)
	Engagement	<i>Concept non symptomatique, mais reconnu comme un facteur contributif au bien-être ; toutefois, il n'est pas défini dans l'article.</i>	Facteur contributif - Bien-être	Maslach Burnout Inventory (MBI) – Engagement
	Well-being	<i>Ceci constitue l'une des deux dimensions de la santé psychologique ; toutefois, elle n'est pas définie dans l'article.</i>	Concept général - Bien-être	WHO-5 Well-Being Index
	Work Satisfaction	<i>Concept non symptomatique, mais reconnu comme un facteur contributif au bien-être ; toutefois, il n'est pas défini dans l'article.</i>	Facteur contributif - Bien-être	Non spécifié
	Intention to Stay	<i>Concept symptomatique au bien-être ; toutefois, il n'est pas défini dans l'article</i>	Symptôme / Manifestation centrale - Bien-être	Non spécifié
	Burn-out (BO)	Burnout is a measurable syndrome that develops from prolonged exposure to physical or psychological stressors, and is well documented among healthcare professionals. (p. 2) Le burn-out est un syndrome mesurable qui se développe à la suite d'une exposition prolongée à des facteurs de stress physiques ou psychologiques, et il est largement documenté parmi les professionnels de la santé. [Traduction libre]	Symptôme / Manifestation centrale - Détresse	Maslach Burnout Inventory (MBI) –Burn-out
Étude 17 – Panari et al. (2022)	Care Unit (CU) Identification	care unit identification may be defined as the extent to which nurses felt part of a working group with a specific purpose, as well as part of a wider professional community. (p. 3) L'identification à l'unité de soins peut être définie comme le degré auquel le personnel infirmier se sentent intégrés à un groupe de travail ayant un	Facteur contributif - Bien-être	Italian five items of Caricati et al. (2015)

Étude # — Auteurs	Concepts liés à la santé psychologique	Définitions des concepts	Statut du concept	Méthode de mesures
		objectif précis, ainsi qu'à une communauté professionnelle plus large. [Traduction libre]		
	Coping resources	<i>Concept non symptomatique, mais reconnu comme un facteur contributif au bien-être ; toutefois, il n'est pas défini dans l'article.</i>	Facteur contributif - Bien-être	Non mesuré (concept théorique)
	Motivational process	<i>Concept non symptomatique, mais reconnu comme un facteur contributif au bien-être ; toutefois, il n'est pas défini dans l'article.</i>	Facteur contributif - Bien-être	Non mesuré (concept théorique)
	Safety climate perception	<i>Concept non symptomatique, mais reconnu comme un facteur contributif au bien-être ; toutefois, il n'est pas défini dans l'article.</i>	Facteur contributif - Bien-être	Non spécifié (concept de "Perception of safety" utilisé)
	Work engagement	<i>Concept non symptomatique, mais reconnu comme un facteur contributif au bien-être ; toutefois, il n'est pas défini dans l'article.</i>	Facteur contributif - Bien-être	Utrecht Work Engagement Scale—UWES (Italian version)
	Burn-out (BO)	Burnout is defined as a syndrome that occurs more frequently within the caring profession. It is characterized by emotional exhaustion, depersonalization, and reduced professional efficacy. (p 2) Le burn-out est défini comme un syndrome qui se manifeste plus fréquemment au sein des professions de soins. Elle se caractérise par un épuisement émotionnel, une dépersonnalisation et une diminution de l'efficacité professionnelle.	Symptôme / Manifestation centrale - Détresse	Professional Quality of Life Scale; ProQol Version_5
	Psychological Distress	<i>Ceci constitue l'une des deux dimensions de la santé psychologique ; toutefois, elle n'est pas définie dans l'article.</i>	Concept général - détresse	Depression Anxiety Stress Scales-21 (DASS-21)
Étude 18 – Pérez-Fuentes et al. (2018)	Self-efficacy	<i>Concept non symptomatique, mais reconnu comme un facteur contributif au bien-être ; toutefois, il n'est pas défini dans l'article.</i>	Facteur contributif - Bien-être	General Self-Efficacy Scale
	Engagement (Vigour, Dedication, Absorption)	<i>a positive, fulfilling, work-related state of mind that is characterized by vigour, dedication and absorption</i> un état d'esprit positif et épanouissant lié au travail, caractérisé par une vigueur, un engagement et une immersion. [Traduction libre]	Facteur contributif - Bien-être	Utrecht Work Engagement Scale (UWES)

Étude # — Auteurs	Concepts liés à la santé psychologique	Définitions des concepts	Statut du concept	Méthode de mesures
	Perceived stress (harassment–social acceptance, overload, irritability–tension–fatigue, energy–joy, fear–anxiety, self-realization–satisfaction)	<i>Concept symptomatique de la détresse ; toutefois, il n'est pas défini dans l'article</i>	Symptôme / Manifestation centrale - Détresse	Perceived Stress Questionnaire (adaptation espagnole de 11 items)
Étude 19 – Rodwell et Johnson (2022)	Negative affectivity	negative affectivity is a trait that can heavily impact perceptions, whereby those with high negative affectivity have an overall negative emotionality and tend to perceive themselves and the world more negatively. (p. 3) L'affectivité négative est un trait qui peut considérablement influencer les perceptions, de sorte que les individus présentant une forte affectivité négative éprouvent une émotionnalité globalement défavorable et ont tendance à se percevoir ainsi que le monde de manière plus négative. [Traduction libre]	Facteur contributif - Détresse	Mesuré (indice de Cronbach donné)
	Psychological contract Breach (PC Breach)	Psychological contract Breach when the psychological contract has been broken (PC Breach), that breach may make unique contributions to nurses' exchange relationship (p. 2) Contrat psychologique La rupture se produit lorsque le contrat psychologique a été violé (violation du contrat psychologique), cette rupture peut avoir des répercussions spécifiques sur la relation d'échange du personnel infirmier. . [Traduction libre]	Facteur contributif - Détresse	Mesuré (indice de Cronbach donné)
	Organizational justice (procedural, distributive, interpersonal, informational)	Organizational justice is how fairly employees are treated (p. 2) La justice organisationnelle se réfère à l'équité avec laquelle les employés sont traités. [Traduction libre]	Facteur contributif - général	Mesuré (indices de Cronbach donnés)
	Psychological contract (PC) Status	PC Status can be characterized by the nurse's overall perception of whether their employer is over-, just-, or under-fulfilling the psychological contract, along a continuum, considering the importance of each obligation respectively. (p. 2) Le statut du contrat psychologique (CP) peut être défini par la perception globale de l'infirmier quant à la manière dont son employeur respecte, de manière excessive, adéquate ou insuffisante, le contrat psychologique, en tenant compte de	Facteur contributif - général	Mesuré

Étude # — Auteurs	Concepts liés à la santé psychologique	Définitions des concepts	Statut du concept	Méthode de mesures
		l'importance respective de chaque obligation. [Traduction libre]		
	Engagement	"engaged employees are cognitively, emotionally, and physically present, are invested in their work tasks, and use more energy in their work." (p. 3) L'article stipule que « Les employés engagés sont cognitivement, émotionnellement et physiquement 'présents', s'investissent dans leurs tâches professionnelles et déploient davantage d'énergie dans leur travail » [Traduction libre]."	Facteur contributif - Bien-être	Cinq items créés
	Job satisfaction	<i>Concept symptomatique au bien-être ; toutefois, il n'est pas défini dans l'article</i>	Symptôme / Manifestation centrale - Bien- être	Mesuré (indice de Cronbach donné)
	Psychological Distress	<i>Ceci constitue l'une des deux dimensions de la santé psychologique ; toutefois, elle n'est pas définie dans l'article.</i>	Concept général - détresse	Kessler et al. (2002) screening scales
	work performance behaviors (OCBI, OCBO, IRB)	<i>Concept non symptomatique, mais reconnu comme un facteur contributif au bien-être ou à la détresse ; toutefois, il n'est pas défini dans l'article.</i>	Facteur contributif - général	Mesuré (indices de Cronbach donnés)
Étude 20 – Tabur et al. (2022)	Emotional wellbeing	<i>Ceci constitue l'une des deux dimensions de la santé psychologique ; toutefois, elle n'est pas définie dans l'article.</i>	Concept général - Bien-être	Non mesuré (concept global)
	Psychological well-being	<i>Ceci constitue l'une des deux dimensions de la santé psychologique ; toutefois, elle n'est pas définie dans l'article.</i>	Concept général - Bien-être	Non mesuré (concept global)
	Anxiety (STAI-I OR S-Anxiety, STAI-II or T-Anxiety)	Anxiety is one of the feelings that alerts individuals to anything harmful to worry about. With this alert mechanism, people evaluate the potentials of life-threatening situations and react to them in an appropriate and protective manner. (p. 2-3). L'anxiété constitue l'une des émotions qui avertissent les individus de la présence de menaces nécessitant une préoccupation. Grâce à ce mécanisme d'alerte, les individus sont en mesure d'évaluer les enjeux liés à des situations potentiellement mortelles et d'y réagir de manière appropriée et protectrice. [Traduction libre]	Symptôme / Manifestation centrale - Détresse	STAI-I (S-Anxiety) et STAI-II (T-Anxiety) (Spielberger et al.)

Étude # — Auteurs	Concepts liés à la santé psychologique	Définitions des concepts	Statut du concept	Méthode de mesures
	Burn-out (BO)	The term burnout, which has become commonly used today, originated with Freudenberg in 1974 to describe emotional exhaustion experienced by workers in the public sector. (p. 3) Le terme « burnout », qui est aujourd'hui couramment employé, a été introduit par Freudenberg en 1974 pour décrire l'épuisement émotionnel ressenti par les travailleurs du secteur public. [Traduction libre]	Symptôme / Manifestation centrale - Détresse	Burnout scale (Kristensen et al.)
	Depression	"A state of depression can result in mood swings, pervasive sadness or disinterest, trouble concentrating, slowing down psychomotor function, a loss of energy, concentration problems, negative thoughts, loss of perspective on truth and reality, sleep disturbances, and suicidal ideas and behaviors" (p. 2) Un état dépressif peut engendrer des fluctuations d'humeur, une tristesse omniprésente ou un désintérêt, des difficultés de concentration, un ralentissement des fonctions psychomotrices, une perte d'énergie, des problèmes de concentration, des pensées négatives, une altération de la perception de la vérité et de la réalité, des troubles du sommeil, ainsi que des idées et comportements suicidaires. [Traduction libre]	Symptôme / Manifestation centrale - Détresse	Depression scale (Kroenke et al.)
	Intention to quit their jobs (turnover intention)	<i>Concept symptomatique à la détresse ; toutefois, il n'est pas défini dans l'article</i>	Symptôme / Manifestation centrale - Détresse	Turnover scale (Walsh et al.)
Étude 21 – Topa et Aranda-Carmena (2022)	Job crafting (JC Increase structural resources, JC Decrease hindering demands, JC Increase social resources, JC Increase challenging demands)	Job crafting is considered a specific form of proactive behavior whereby workers actively change the actual or perceived characteristics of their jobs in order to better match the demands placed on them and the resources available. (p. 1) Le job crafting est perçu comme une forme spécifique de comportement proactif, par laquelle les travailleurs modifient activement les caractéristiques réelles ou perçues de leurs postes afin de mieux répondre aux exigences qui leur sont imposées ainsi qu'aux ressources à leur disposition. [Traduction libre]	Facteur contributif - Bien-être	Mesuré (indices alpha de Cronbach donnés)

Étude # — Auteurs	Concepts liés à la santé psychologique	Définitions des concepts	Statut du concept	Méthode de mesures
	Work engagement	L'engagement au travail (Work engagement) a été défini comme un état psychologique satisfaisant, caractérisé par la vitalité, la dévotion et l'absorption dans les tâches professionnelles. « Work engagement has been described as a satisfying psychological state characterized by vigor, dedication, and absorption in work » (p. 2)	Facteur contributif - Bien-être	Mesuré (indice alpha de Cronbach de 0.92)
	Job performance	<i>Concept symptomatique au bien-être ; toutefois, il n'est pas défini dans l'article</i>	Symptôme / Manifestation centrale - Bien-être	Mesuré (indice alpha de Cronbach de 0.83)
Étude 22 – Pennbrant et Däderman (2021)	FWC (family/private life-work conflict)	<i>Concept non symptomatique, mais reconnu comme un facteur contributif de la détresse ; toutefois, il n'est pas défini dans l'article.</i>	Facteur contributif - Détresse	
	Interpersonal conflicts at work	<i>Concept non symptomatique, mais reconnu comme un facteur contributif de la détresse ; toutefois, il n'est pas défini dans l'article.</i>	Facteur contributif - Détresse	Interpersonal conflict at work scale (Spector PE, Jex SM., 1998)
	Quantitative workload	<i>Concept non symptomatique, mais reconnu comme un facteur contributif de la détresse ; toutefois, il n'est pas défini dans l'article.</i>	Facteur contributif - Détresse	Quantitative workload inventory (Spector PE, Jex SM., 1998)
	WFC (work-family/private life conflict)	<i>Concept non symptomatique, mais reconnu comme un facteur contributif de la détresse ; toutefois, il n'est pas défini dans l'article.</i>	Facteur contributif - Détresse	
	Work engagement	<i>Concept non symptomatique, mais reconnu comme un facteur contributif au bien-être ; toutefois, il n'est pas défini dans l'article.</i>	Facteur contributif - Bien-être	Utrecht Work Engagement Scale (UWES)
	Intention to leave the nursing profession	<i>Concept symptomatique à la détresse ; toutefois, il n'est pas défini dans l'article</i>	Symptôme / Manifestation centrale - Détresse	
Étude 23 – Munn et al. (2025)	Wellbeing	<i>Ceci constitue l'une des deux dimensions de la santé psychologique ; toutefois, elle n'est pas définie dans l'article.</i>	Concept général - Bien-être	Non mesuré (concept global)

Étude # — Auteurs	Concepts liés à la santé psychologique	Définitions des concepts	Statut du concept	Méthode de mesures
	Psychological safety	Psychological safety is the shared team belief that it is safe to speak up, raise concerns, and admit mistakes without fear of negative repercussions. (p. 256) La sécurité psychologique constitue la conviction collective au sein de l'équipe qu'il est permis de s'exprimer, d'évoquer des préoccupations et de reconnaître des erreurs sans craindre de répercussions négatives. [Traduction libre]	Facteur contributif - Bien-être	Mesuré (perception)
	Recognition	<i>Concept non symptomatique, mais reconnu comme un facteur contributif au bien-être ; toutefois, il n'est pas défini dans l'article.</i>	Facteur contributif - Bien-être	Mesuré (perception)
	Resilience	<i>Concept non symptomatique, mais reconnu comme un facteur contributif au bien-être ; toutefois, il n'est pas défini dans l'article.</i>	Facteur contributif - Bien-être	2-item Connor Davidson Resilience Scale
	well-being support from the organization	<i>Ceci constitue l'une des deux dimensions de la santé psychologique ; toutefois, elle n'est pas définie dans l'article.</i>	Concept général - Bien-être	Mesuré (perception)
	Job demands (Patient acuity, ED volume, ED overcrowding, Workplace violence)	Concept non symptomatique, mais reconnu comme un facteur contributif de la détresse ; toutefois, il n'est pas défini dans l'article.	Facteur contributif - Détresse	Mesures spécifiques à l'urgence (ED-level et nurse-level variables)
	Work engagement	<i>Concept non symptomatique, mais reconnu comme un facteur contributif au bien-être ; toutefois, il n'est pas défini dans l'article.</i>	Facteur contributif - Bien-être	Utrecht Work Engagement Scale (UWES) (référence indirecte)
	Burn-out (emotional exhaustion)	<i>Concept symptomatique à la détresse ; toutefois, il n'est pas défini dans l'article</i>	Symptôme / Manifestation centrale - Détresse	Maslach Burnout Inventory for medical personnel (emotional exhaustion subscale)
Étude 24 – Middleton et al. (2021)	Coping strategies	<i>Concept non symptomatique, mais reconnu comme un facteur contributif au bien-être ; toutefois, il n'est pas défini dans l'article.</i>	Facteur contributif - Bien-être	Brief COPE (Carver, 1997)
	Organisational commitment	<i>Concept non symptomatique, mais reconnu comme un facteur contributif au bien-être ; toutefois, il n'est pas défini dans l'article.</i>	Facteur contributif - Bien-être	Non mesuré explicitement dans l'extrait
	anxiety	<i>Concept symptomatique à la détresse ; toutefois, il n'est pas défini dans l'article</i>	Symptôme / Manifestation centrale - Détresse	6-item STAI (Marteau & Bekker, 1992)

Étude # — Auteurs	Concepts liés à la santé psychologique	Définitions des concepts	Statut du concept	Méthode de mesures
Étude 25 – Wolotira (2023)	Mental health	<i>Concept général ; toutefois, il n'est pas défini dans l'article.</i>	Concept général	Non mesuré (concept global)
	Resilience	Resilience is thought to be a positive and protective mechanism for survivors of trauma, ²⁶ described as one's ability to overcome, bounce back, or rebound from adversity. (p. 203) La résilience est considérée comme un mécanisme positif et protecteur pour les survivants de traumatismes, décrite comme la capacité d'un individu à surmonter, à se relever ou à rebondir face à l'adversité. [Traduction libre]	Facteur contributif - Bien-être	Non mesuré (concept théorique)
	Adverse Childhood Events (ACEs)	"Felitti et al. ² defined ACEs as "childhood emotional, physical, or sexual abuse, and household dysfunction during childhood."" (p. 202) Felitti a défini les Événements négatifs de l'Enfance (ENE) comme étant des abus émotionnels, physiques ou sexuels subis durant l'enfance, ainsi que des dysfonctionnements au sein du foyer durant cette période. [Traduction libre]	Facteur contributif - Détresse	Non mesuré (concept théorique)
	Trauma	<i>Concept symptomatique à la détresse ; toutefois, il n'est pas défini dans l'article</i>	Symptôme / Manifestation centrale - Détresse	Non mesuré (concept théorique)
	Burn-out (BO)	Burnout, or burnout syndrome, is often characterized by feelings of hopelessness, emotional exhaustion, lack of self-efficacy, depersonalization, and decreased productivity in the workplace and is thought to be caused by prolonged exposure to workplace stressors and events. (p. 203) Le burn-out, ou syndrome d'épuisement professionnel se manifeste fréquemment par des sentiments de désespoir, une fatigue émotionnelle, un manque d'efficacité personnelle, une dépersonnalisation, ainsi qu'une diminution de la productivité au sein de l'environnement de travail. On considère qu'il résulte d'une exposition prolongée à des facteurs de stress et à des événements liés au travail. [Traduction libre]	Symptôme / Manifestation centrale - Détresse	Non mesuré (concept théorique)

Étude # — Auteurs	Concepts liés à la santé psychologique	Définitions des concepts	Statut du concept	Méthode de mesures
	Secondary Traumatic Stress (STS)	Secondary traumatic stress develops from exposure to patients with a significant history of trauma, similar to vicarious trauma. (p. 203) Le stress traumatique secondaire se manifeste à la suite d'une exposition à des patients présentant un historique de traumatisme significatif, de manière analogue au traumatisme vicariant. [Traduction libre]	Symptôme / Manifestation centrale - Détresse	Non mesuré (concept théorique)
	Compassion fatigue	Compassion fatigue is the “phenomenon of stress resulting from exposure to a traumatized individual rather than from exposure to the trauma itself.” (p. 203) La fatigue compassionnelle se définit comme le phénomène de stress découlant de l'exposition à un individu traumatisé, plutôt que de l'exposition au traumatisme lui-même. [Traduction libre]	Facteur contributif - Détresse	Non mesuré (concept théorique)
Étude 26 – Kilroy et al. (2022)	colleague support	<i>Concept non symptomatique, mais reconnu comme un facteur contributif au bien-être ; toutefois, il n'est pas défini dans l'article.</i>	Facteur contributif - Bien-être	Eisenberger et al. (2002) organizational support scale (3 items, modifiés)
	HIWPs (high-involvement work practices)	High-involvement work practices (HIWPs) are a set of mutually reinforcing and synergistic human resource (HR) practices designed to improve employee and organizational outcomes by increasing employee involvement in key aspects of decision-making and increasing their motivation and abilities. (p. 115-116). Les pratiques de travail à forte implication (HIWPs) constituent un ensemble de pratiques en ressources humaines (RH) mutuellement renforçantes et synergiques, visant à améliorer les résultats des employés et de l'organisation en favorisant une plus grande participation des employés dans des aspects clés de la prise de décision, ainsi qu'en augmentant leur motivation et leurs compétences. [Traduction libre]	Facteur contributif - Bien-être	Mesuré (non spécifié)

Étude # — Auteurs	Concepts liés à la santé psychologique	Définitions des concepts	Statut du concept	Méthode de mesures
	Psychological Empowerment	Psychological empowerment is a form of intrinsic task motivation reflecting a sense of control and active orientation in one's work that is manifest in four cognitions: meaning, selfdetermination, competence, and impact. (p. 117) L'empouvoirement psychologique constitue une forme de motivation intrinsèque liée aux tâches, se traduisant par un sentiment de contrôle et une orientation active dans son travail, qui se manifeste à travers quatre cognitions : le sens, l'autodétermination, la compétence et l'impact. [Traduction libre]	Facteur contributif - Bien-être	Spreitzer (1995) psychological empowerment scale (12-item)
	Burn-out (BO)	Burnout describes a state of mental weariness comprising emotional exhaustion, depersonalization, and reduced personal accomplishment. (p. 115). Le burn-out désigne un état d'épuisement mental caractérisé par une fatigue émotionnelle, une dépersonnalisation et une diminution du sentiment d'accomplissement personnel. [Traduction libre]	Symptôme / Manifestation centrale - Détresse	Maslach Burnout Inventory–Human Services Survey (MBI-HSS)
	Depersonalization	Depersonalization is when one develops a distant attitude toward work. (p. 115) La dépersonnalisation se manifeste lorsqu'un individu adopte une attitude distante à l'égard de son travail. [Traduction libre]	Symptôme / Manifestation centrale - Détresse	Maslach Burnout Inventory–Human Services Survey (MBI-HSS)
	Emotional exhaustion	Emotional exhaustion is a state when one is emotionally, physically, and cognitively drained at work. (p. 115) L'épuisement émotionnel se définit comme un état dans lequel une personne se trouve épuisée sur les plans émotionnel, physique et cognitif dans le cadre de son travail. [Traduction libre]	Symptôme / Manifestation centrale - Détresse	Maslach Burnout Inventory–Human Services Survey (MBI-HSS)
Étude 27 – Sinclair et al. (2015)	Successes	Successes are positive performance-related events (p. 476) Les succès se définissent comme des événements positifs liés à la performance [Traduction libre]	Facteur contributif - Bien-être	Mesuré (alpha interne de 0.81)
	Supports	supports are positive interpersonal context-related events. (p. 476) Les soutiens constituent des événements interpersonnels positifs en lien avec le contexte. [Traduction libre]	Facteur contributif - Bien-être	Mesuré (alpha interne de 0.84)

Étude # — Auteurs	Concepts liés à la santé psychologique	Définitions des concepts	Statut du concept	Méthode de mesures
	Conflicts	conflicts are negative interpersonal context-related events. (p. 476) Les conflits constituent des événements interpersonnels négatifs liés au contexte. [Traduction libre]	Facteur contributif - Détresse	Mesuré (alpha interne de 0.90)
	Constraints	constraints are negative performance-related events (p. 476) Les contraintes sont des événements négatifs liés à la performance. [Traduction libre]	Facteur contributif - Détresse	Mesuré (alpha interne de 0.94)
	Death and dying	Death and dying refers to negative events associated with dying patients. (p. 480) La mort et le processus de mourir se réfèrent à des événements négatifs associés aux patients en fin de vie. [Traduction libre]	Facteur contributif - Détresse	Expanded Nursing Stress Scale (ENSS)
	work-related threats to nurses' mental and physical health	<i>Concept non symptomatique, mais reconnu comme un facteur contributif de la détresse ; toutefois, il n'est pas défini dans l'article.</i>	Facteur contributif - Détresse	Non mesuré (concept général)
	Engagement	L'engagement au travail (Work engagement) a été défini comme un état psychologique satisfaisant, caractérisé par la vitalité, la dévotion et l'absorption dans les tâches professionnelles. « a positive and fulfilling state of mind characterized by vigor, dedication, and absorption » (p. 478)	Facteur contributif - Bien-être	Utrecht Work Engagement Scale (UWES)
	Burn-out (BO)	Burnout in this study referred to nurses' feelings of emotional exhaustion, cognitive weariness, and physical fatigue. (p. 478) Dans cette étude, le terme "burnout" désigne les sentiments d'épuisement émotionnel, de lassitude cognitive et de fatigue physique ressentis par le personnel infirmier. [Traduction libre]	Symptôme / Manifestation centrale - Détresse	Maslach Burnout Inventory (MBI)
	Stress	<i>Concept symptomatique à la détresse ; toutefois, il n'est pas défini dans l'article</i>	Symptôme / Manifestation centrale - Détresse	Non mesuré (concept général)
Étude 28 – Clark et al. (2022)	Resilience	Resilience, that is, how nurses healthily adapt to or recover from significant stress, minimizes personal suffering and maintains integrity. (p. 112) La résilience, c'est-à-dire la capacité du personnel infirmier à s'adapter de manière saine ou à se remettre de stress significatif, réduit la souffrance	Facteur contributif - Bien-être	Méthode qualitative (focus groups)

Étude # — Auteurs	Concepts liés à la santé psychologique	Définitions des concepts	Statut du concept	Méthode de mesures
		personnelle et préserve l'intégrité. [Traduction libre]		
	workplace engagement	Engagement en milieu de travail (Workplace Engagement) est un état mental positif lié à l'activité professionnelle, qui se caractérise par la vigueur, la dévotion et l'absorption dans ses tâches. : « Workplace engagement, a work-related, positive mental state characterized by vigor, dedication, and absorption in one's work » (p. 112)	Facteur contributif - Bien-être	Méthode qualitative (focus groups)
	Job satisfaction	<i>Concept symptomatique au bien-être ; toutefois, il n'est pas défini dans l'article</i>	Symptôme / Manifestation centrale - Bien-être	Auto-déclaré (qualitatif)
	Moral distress	<i>Ceci constitue l'une des deux dimensions de la santé psychologique ; toutefois, elle n'est pas définie dans l'article.</i>	Concept général - détresse	Méthode qualitative (focus groups)
Étude 29 – Rikos et al. (2024)	Professional quality of life	<i>Concept non symptomatique, mais reconnu comme un facteur contributif au bien-être ; toutefois, il n'est pas défini dans l'article.</i>	Facteur contributif - Bien-être	Professional Quality of Life Scale Version 5 (ProQOL-V)
	Psychological well-being (Self-acceptance, Purpose in life, Environmental mastery, Positive relations with others, Personal growth, Autonomy)	psychological well-being is defined as the combination of positive emotions and optimal psychological experiences. (p. 614) Le bien-être psychologique est défini comme l'association d'émotions positives et d'expériences psychologiques optimales. [Traduction libre]	Concept général - Bien-être	Psychological Well-being (PWB) scale

Étude # — Auteurs	Concepts liés à la santé psychologique	Définitions des concepts	Statut du concept	Méthode de mesures
	Work engagement	Work engagement is defined as a positive and rewarding mental state related to work, along with a sense of personal well-being and satisfaction with the profession is characterized by high levels of energy and resilience (vigor), strong identification with work, a sense of significance, enthusiasm, inspiration, pride, and challenge (dedication), which result in positive feelings concerning work and good work performance by professionals, leading to the sense that one belongs, feels satisfied, and feels fulfilled (absorption) (p. 614) L'engagement au travail est défini comme un état mental positif et gratifiant en lien avec l'activité professionnelle, accompagné d'un sentiment de bien-être personnel et de satisfaction vis-à-vis de la profession. se caractérise par des niveaux élevés d'énergie et de résilience, une forte identification au travail, un sentiment de signification, d'enthousiasme, d'inspiration, de fierté et de défi, ce qui engendre des émotions positives à l'égard du travail et une bonne performance professionnelle, conduisant à un sentiment d'appartenance, de satisfaction et d'épanouissement. [Traduction libre]	Facteur contributif - Bien-être	Utrecht Work Engagement Scale (UWES-17)
	Burn-out (BO)	<i>Concept symptomatique à la détresse ; toutefois, il n'est pas défini dans l'article</i>	Symptôme / Manifestation centrale - Détresse	Professional Quality of Life Scale Version 5 (ProQOL-V)
	Secondary Traumatic Stress (STS)	STS is fear resulting from work-related primary or secondary trauma. (p. 615) Le stress traumatique secondaire (STS) se définit comme une peur découlant d'un traumatisme primaire ou secondaire lié à l'activité professionnelle. [Traduction libre]	Symptôme / Manifestation centrale - Détresse	Professional Quality of Life Scale Version 5 (ProQOL-V)
Étude 30 – Scheepers et al. (2023)	Job resources	Job resources are energizing work characteristics that foster professional growth, reduce job demands, and promote work-related well-being. (p. 2) Les ressources professionnelles constituent des caractéristiques de travail stimulantes qui favorisent le développement professionnel, atténuent les exigences liées à l'emploi et encouragent le bien-être au travail. [Traduction libre]	Facteur contributif - Bien-être	Job Demands & Resources Questionnaire (JDR-Q)

Étude # — Auteurs	Concepts liés à la santé psychologique	Définitions des concepts	Statut du concept	Méthode de mesures
	administrative burden	La charge administrative (administrative burden) désigne le niveau d'exposition des professionnels aux tâches administratives et aux exigences bureaucratiques dans l'exercice de leur activité. Cela englobe des activités telles que la gestion de la paperasse, l'administration de la documentation et la navigation au sein des procédures organisationnelles, lesquelles peuvent s'avérer chronophages et détourner l'attention des responsabilités essentielles liées au poste.	Facteur contributif - Détresse	Job Demands & Resources Questionnaire (JDR-Q)
	Emotional demands	Les exigences émotionnelles (Emotional demands) se réfèrent au degré auquel les professionnels perçoivent leur travail comme étant une charge émotionnelle. Cela inclut la gestion de situations émotionnellement chargées, telles que le traitement de la souffrance, de la mort ou de la détresse chez les patients ou les résidents.	Facteur contributif - Détresse	Job Demands & Resources Questionnaire (JDR-Q)
	Job demands (workload, emotional demands, administrative burden)	Job demands are stressful work characteristics that require physical, cognitive, and/or emotional effort (e.g., workloads) (p. 2) Les exigences professionnelles constituent des caractéristiques de travail stressant qui nécessite un effort physique, cognitif et/ou émotionnel (par exemple, les charges de travail). [Traduction libre]	Facteur contributif - Détresse	Job Demands & Resources Questionnaire (JDR-Q)
	workload	<i>Concept non symptomatique, mais reconnu comme un facteur contributif de la détresse ; toutefois, il n'est pas défini dans l'article.</i>	Facteur contributif - Détresse	Job Demands & Resources Questionnaire (JDR-Q)
	Work engagement	L'engagement au travail (Work engagement) a été caractérisé par une énergie, un dévouement et une concentration soutenus. « characterized by energy, dedication, and concentration » (p. 2)	Facteur contributif - Bien-être	Utrecht Work Engagement Scale (UWES) (référence indirecte)
	burn-out	Burned-out healthcare professionals are emotionally exhausted at work, which undermines their ability to deliver high-quality care. (p. 2) Les professionnels de la santé en situation d'épuisement professionnel éprouvent une fatigue émotionnelle au travail, ce qui compromet leur capacité à fournir des soins de haute qualité. [Traduction libre]	Symptôme / Manifestation centrale - Détresse	Copenhagen Burnout Inventory

Étude # — Auteurs	Concepts liés à la santé psychologique	Définitions des concepts	Statut du concept	Méthode de mesures
Étude 31 – Kohnen et al. (2024)	Engaging leadership	Le leadership engageant (LE) constitue un style de direction ancrée dans la Théorie de l'Autodétermination (TAD), qui vise à inspirer, renforcer, établir des liens et autonomiser les employés. Les leaders engagés s'efforcent d'équilibrer les exigences professionnelles et les ressources afin de garantir que leurs collaborateurs demeurent en bonne santé, motivés, productifs et satisfaits.	Facteur contributif - Bien-être	12-item Engaging Leadership scale
	Intrinsic Motivation	La motivation intrinsèque se définit comme l'engagement dans une activité pour la satisfaction, le plaisir ou l'intérêt qu'elle procure intrinsèquement, plutôt que pour des récompenses ou des pressions externes.	Facteur contributif - Bien-être	Mesuré (alpha interne 0.62)
	Job Resources (autonomy, performance feedback, role clarity, task variety, skill use, opportunities for growth and development, and value congruence)	Les ressources professionnelles désignent les aspects positifs d'un emploi qui facilitent l'atteinte des objectifs de travail, atténuent les exigences liées au poste ainsi que les coûts associés, et favorisent la croissance personnelle, l'apprentissage et le développement.	Facteur contributif - Bien-être	Mesuré (alpha interne 0.84)
	Job Demands (workload, role conflicts, emotional demands, bureaucracy, and emotional dissonance)	Les exigences professionnelles désignent des éléments d'un emploi qui nécessitent un effort physique, mental ou émotionnel soutenu et qui sont associés à des coûts physiologiques et psychologiques spécifiques.	Facteur contributif - Détresse	Mesuré (alpha interne 0.84)
	Work engagement	L'engagement au travail (Work engagement) désigne un état d'esprit positif et épanouissant lié à l'activité professionnelle, caractérisé par la vigueur (c'est-à-dire un niveau élevé d'énergie et de résilience mentale durant l'exercice de ses fonctions), la dévotion (qui fait référence à un sentiment de signification, d'enthousiasme et de défi), ainsi que l'absorption (état de concentration et d'implication joyeuse dans son travail).: « Work engagement refers to a positive, fulfilling, work-related state of mind that is characterized by vigor (i.e., high level of energy and mental resilience while working), dedication (referring to a sense of significance, enthusiasm, and challenge),	Facteur contributif - Bien-être	Utrecht Work Engagement Scale (UWES-3)

Étude # — Auteurs	Concepts liés à la santé psychologique	Définitions des concepts	Statut du concept	Méthode de mesures
		and absorption (being focused and happily engrossed in one's work) » (p. 3)		
	Burn-out (exhaustion, mental distance, cognitive impairment, emotional impairment)	Le burn-out est défini comme un état d'épuisement mental lié au travail, caractérisé par une fatigue extrême, une capacité réduite à réguler les processus cognitifs et émotionnels, ainsi qu'un éloignement mental.	Symptôme / Manifestation centrale - Déresse	Burnout Assessment Tool (BAT) (référence indirecte)
Étude 32 – Anonymous / Radun J et Hongisto V (2023)	Perceived support	<i>Concept non symptomatique, mais reconnu comme un facteur contributif au bien-être ; toutefois, il n'est pas défini dans l'article.</i>	Facteur contributif - Bien-être	Mesuré (non spécifié)
	Perceived stress	<i>Concept symptomatique à la détresse; toutefois, il n'est pas défini dans l'article</i>	Symptôme / Manifestation centrale - Déresse	Non spécifié
Étude 33 – Stefanovska - Petkovska et al. (2021)	Job satisfaction	<i>Concept symptomatique au bien-être; toutefois, il n'est pas défini dans l'article</i>	Symptôme / Manifestation centrale - Bien- être	Non spécifié
	Intention to quit	<i>Concept symptomatique à la détresse; toutefois, il n'est pas défini dans l'article</i>	Symptôme / Manifestation centrale - Déresse	Non spécifié
	Nurses' burn-out	Le burn-out est défini comme un état d'épuisement mental résultant de la vie professionnelle d'un individu, se caractérisant par trois traits saillants : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et une diminution du sentiment d'accomplissement ou de réussite.	Symptôme / Manifestation centrale - Déresse	Non spécifié

Étude # — Auteurs	Concepts liés à la santé psychologique	Définitions des concepts	Statut du concept	Méthode de mesures
	Psychological Distress	<i>Ceci constitue l'une des deux dimensions de la santé psychologique ; toutefois, elle n'est pas définie dans l'article.</i>	Concept général - détresse	General Health Questionnaire (GHQ-12) (référence indirecte)
Étude 34 – Pannell et al. (2017)	Interpretive styles (deficiency focusing, necessitating, skill recognition)	Les styles interprétatifs désignent les schémas de pensée ou les habitudes que les individus adoptent pour évaluer des situations, influençant ainsi leur perception du stress.	Facteur contributif - général	Stress Resiliency Profile (SRP) questionnaire
	Stress resiliency	La résilience au stress se définit comme la capacité d'un individu à progresser de manière positive tout en préservant son équilibre et un sentiment de maîtrise sur son environnement, et ce, malgré la présence de stress ou d'adversité significatifs.	Facteur contributif - Bien-être	Stress Resiliency Profile (SRP) questionnaire
	Perceived stress	Le stress perçu est défini comme la sensation ou l'interprétation selon laquelle des événements ou des situations imposent des exigences excessives à un individu.	Symptôme / Manifestation centrale - Détresse	Stress Resiliency Profile (SRP) questionnaire
Étude 35 – Sürücü and Maslakçı (2020)	Perceived Organizational Support	Le soutien organisationnel perçu fait référence à la conviction des employés que leur bien-être est pris en compte et que leur travail est apprécié par leur organisation.	Facteur contributif - Bien-être	Mesuré (8 items)
	Work engagement	L'engagement au travail (Work engagement) est défini comme un état psychologique positif et satisfaisant en lien avec l'activité professionnelle, caractérisé par de la vigueur, un attachement et une concentration. : « work engagement is defined as a positive and satisfying psychological state related to work characterized by vigor, attachment and concentration » (p. 307)	Facteur contributif - Bien-être	Mesuré (3 items) (référence indirecte à UWES)
	Job Performance	La performance professionnelle est définie comme le degré d'alignement des activités d'un individu avec des normes prédéterminées et l'atteinte des objectifs escomptés dans le cadre de ses responsabilités professionnelles.	Symptôme / Manifestation centrale - Bien-être	Sigler and Pearson (2000) Job Performance scale (4 items)
Étude 36 – Riedl (2019)	Job autonomy	<i>Concept non symptomatique, mais reconnu comme un facteur contributif au bien-être ; toutefois, il n'est pas défini dans l'article.</i>	Facteur contributif - Bien-être	Item unique (du COPSOQ)
	Social support	<i>Concept non symptomatique, mais reconnu comme un facteur contributif au bien-être ; toutefois, il n'est pas défini dans l'article.</i>	Facteur contributif - Bien-être	Item unique (du COPSOQ)

Étude # — Auteurs	Concepts liés à la santé psychologique	Définitions des concepts	Statut du concept	Méthode de mesures
	Job demands (time pressure, emotional demands, work pressure, challenge demands, hindrance demands)	Les exigences professionnelles se réfèrent aux conditions de travail qui nécessitent un effort et sont associées à des coûts physiologiques et/ou psychologiques.	Facteur contributif - Détresse	Mesuré avec des items uniques
	Work engagement (state vigour, absorption, dedication)	L'engagement au travail (Work engagement) est défini comme un état d'esprit positif et épanouissant lié au travail, caractérisé par la vigueur, la dévotion et l'absorption : « work engagement is defined as a “positive, fulfilling, work-related state of mind that is characterized by vigor, dedication, and absorption ». (p.414)	Facteur contributif - Bien-être	Items uniques (dérivés de l'UWES)
	Burn-out (BO)	<i>Concept symptomatique à la détresse; toutefois, il n'est pas défini dans l'article</i>	Symptôme / Manifestation centrale - Détresse	Non mesuré (concept général)
	Emotional exhaustion	<i>Concept symptomatique à la détresse; toutefois, il n'est pas défini dans l'article</i>	Symptôme / Manifestation centrale - Détresse	Item unique (adapté du MBI)
	Job-related strain	<i>Concept symptomatique à la détresse; toutefois, il n'est pas défini dans l'article</i>	Symptôme / Manifestation centrale - Détresse	Non mesuré (concept général)
	State tension	<i>Concept symptomatique à la détresse; toutefois, il n'est pas défini dans l'article</i>	Symptôme / Manifestation centrale - Détresse	Item unique
Étude 37 – Celebi Cakiroglu et Tuncer Unver (2022)	Toxic leadership (Intemperate behavioral, Narcissistic behavioral, Self-promoting behavioral, Humiliating behavioral)	Ce concept est défini comme l'approche de leadership la plus menaçante, qui nuit de manière systématique, cohérente et permanente aux individus, aux groupes, aux organisations et à la société dans son ensemble.	Facteur contributif - Détresse	Toxic Leadership Behaviors of Nurse Managers (ToxBH-NM) Scale
	Mental well-being	<i>Ceci constitue l'une des deux dimensions de la santé psychologique ; toutefois, elle n'est pas définie dans l'article.</i>	Concept général - Bien-être	Warwick–Edinburg Mental Well-Being Scale (WEMWBS)
	Work engagement	L'engagement au travail (Work engagement) défini comme l'engagement total des individus dans leurs activités professionnelles. : « defined as the full involvement of individuals in their work » (p. 52)	Facteur contributif - Bien-être	Utrecht Work Engagement Scale (UWES)

Étude # — Auteurs	Concepts liés à la santé psychologique	Définitions des concepts	Statut du concept	Méthode de mesures
Étude 38 – Porter et Urban (2024)	Wellbeing	Le bien-être est défini comme un état de bonne santé physique et mentale dans son ensemble, caractérisé par une qualité de vie adéquate, marquée par le bonheur et de faibles niveaux de détresse.	Concept général - Bien-être	Non mesuré (concept global)
	Work Engagement (Vigor, Absorption, Dedication)	L'engagement au travail (Work engagement) est un état d'esprit positif et épanouissant lié au travail, caractérisé par la vigueur, la dévotion et l'absorption. : « Work engagement is a positive, fulfilling, work-related state of mind characterized by vigor, dedication, and absorption: » (p. 35)	Facteur contributif - Bien-être	Utrecht Work Engagement Scale (UWES)
	Burn-out (exhaustion, disengagement)	Le burn-out est un état d'épuisement physique, émotionnel et mental résultant d'une exposition prolongée à des exigences professionnelles élevées et à des ressources professionnelles insuffisantes.	Symptôme / Manifestation centrale - Détresse	Oldenburg Burnout Inventory (OLBI)
Étude 39 – Ziedelis (2019)	Job resources (Job Autonomy, Task Variety, Task Significance, Social Support, Feedback From Job, Feedback From Others)	Les ressources organisationnelles sont des éléments présents au sein du milieu professionnel qui facilitent aux employés l'atteinte de leurs objectifs de travail, atténuent les exigences professionnelles ou favorisent le développement personnel.	Facteur contributif - Bien-être	Work Design Questionnaire (WDQ)
	Perceived calling (External Summons, Purposeful Work, Prosocial Orientation)	Le document définit l'appel perçu comme une approche d'un rôle professionnel caractérisée par trois composantes : Convocation Externe : Indique la perception d'un "appelant" extérieur, qui pourrait être une figure divine, les besoins de sa société ou de son pays, l'héritage familial, ainsi que d'autres facteurs similaires. Les sentiments de finalité au travail : Cela implique que les individus perçoivent leur activité professionnelle comme étant en adéquation avec leurs objectifs de vie plus larges. Orientation prosociale au travail : Se réfère à l'accomplissement de tâches dans le but de favoriser le bien-être d'autrui.	Facteur contributif - Bien-être	Calling and Vocation Questionnaire (CVQ)
	Job demands (Death and dying, Conflict With Physicians, Inadequate Preparation, Problems With Peers, Problems With Supervisors, Work Load, Uncertainty Concerning Treatment, Patients and their Families, Discrimination)	Les exigences professionnelles se définissent comme des aspects du travail nécessitant un effort soutenu et engendrant des coûts physiologiques ou psychologiques.	Facteur contributif - Détresse	Expanded Nursing Stress Scale (ENSS)

Étude # — Auteurs	Concepts liés à la santé psychologique	Définitions des concepts	Statut du concept	Méthode de mesures
	Stressful life event	<i>Concept non symptomatique, mais reconnu comme un facteur contributif à la détresse ; toutefois, il n'est pas défini dans l'article.</i>	Facteur contributif - Détresse	Auto-déclaré (questionnaire)
Étude 40 – Hult et Terkamo-Moisio (2023)	Calling	La définition classique fait référence au destin ou au devoir, tandis que l'approche moderne met l'accent sur la signification.	Facteur contributif - Bien-être	Mesuré (non spécifié)
	Job resources	Le document définit les ressources professionnelles comme des éléments liés au travail, englobant des facteurs tels que les opportunités d'apprentissage et de développement, la créativité, la diversité des tâches, l'autonomie, la possibilité de s'exprimer, la prise de décision, la charge de travail et les ressources temporelles.	Facteur contributif - Bien-être	Mesuré (questions issues d'une enquête européenne)
	Psychological capital (efficacy, hope, optimism, resilience)	Le document définit le capital psychologique comme une ressource psychologique globale englobant l'auto-efficacité, l'espoir, la résilience et l'optimisme.	Facteur contributif - Bien-être	Psychological Capital Questionnaire (PCQ)
	Social support	Le document définit le soutien social comme l'assistance formelle ou informelle reçue de la part des supérieurs hiérarchiques et des collègues.	Facteur contributif - Bien-être	Mesuré (questions issues d'une enquête européenne)
	Mental well-being	Le document définit le bien-être mental comme un état de bien-être psychologique subjectif, évalué à l'aide de l'Indice de Bien-être de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS-5).	Concept général - Bien-être	World Health Organization Well-being Index (WHO-5)
	Work engagement	Engagement au travail (Work Engagement) est une variable clé qui est définie comme un comportement positif et état d'esprit au travail : « positive behavior and state of mind at work » (p. 2)	Facteur contributif - Bien-être	Mesuré (non spécifié)
	Depression	<i>Concept symptomatique à la détresse; toutefois, il n'est pas défini dans l'article</i>	Symptôme / Manifestation centrale - Détresse	World Health Organization Well-being Index (WHO-5) (score < 51)
Étude 41 – Santos et al. (2020)	Wellbeing	<i>Ceci constitue l'une des deux dimensions de la santé psychologique ; toutefois, elle n'est pas définie dans l'article.</i>	Concept général - Bien-être	Non mesuré (concept global)

Étude # — Auteurs	Concepts liés à la santé psychologique	Définitions des concepts	Statut du concept	Méthode de mesures
	Relational job characteristics (control, perceived impact, perceived worth, affective commitment to clients)	Les caractéristiques relationnelles du poste englobent les opportunités offertes au travailleur d'interagir avec les bénéficiaires de son travail.	Facteur contributif - Bien-être	Mesuré (non spécifié)
	Perceived quantitative demands	Concept non symptomatique, mais reconnu comme un facteur contributif à la détresse ; toutefois, il n'est pas défini dans l'article.	Facteur contributif - Détresse	mesurée (non spécifié)
	Work engagement	Engagement au travail (Work Engagement) « Work engagement is defined as an affective and cognitive state characterized by vigour, dedication, and absorption » (p. 3)	Facteur contributif - Bien-être	Utrecht Work Engagement Scale (UWES) (référence indirecte)
	Burn-out (exhaustion, cynicism)	Le burn-out est défini dans le document comme un syndrome psychologique découlant d'un stress lié au travail.	Symptôme / Manifestation centrale - Détresse	Maslach Burnout Inventory (MBI) (référence indirecte)
Étude 42 – Remegio, Rivera, Griffin, Fitzpatrick (2021)	Absorption	Absorption est être pleinement concentré et heureusement absorbé par son travail, où le temps passe vite et l'individu a du mal à se détacher du travail. C'est une dimension de l'engagement au travail.	Facteur contributif - Détresse	The 9-Utrecht Work Engagement Scale (UWES) (3 items)
	Compassion satisfaction (CS)	La satisfaction de la compassion (SC) est le plaisir que procure le fait de bien travailler.	Facteur contributif - Bien-être	The Professional Quality of Life Scale version 5 (ProQOL)
	Dedication	La dévotion renvoie à une implication intense dans son travail et à ressentir un sentiment de signification, d'enthousiasme, d'inspiration, de fierté et de défi. C'est une dimension de l'engagement au travail.	Facteur contributif - Bien-être	The 9-Utrecht Work Engagement Scale (UWES) (3 items)
	Vigor	Vigueur implique énergie et résilience mentale au travail. C'est une dimension de l'engagement au travail.	Facteur contributif - Bien-être	The 9-Utrecht Work Engagement Scale (UWES) (3 items)
	Work engagement	L'engagement au travail est défini comme l'implication de l'individu envers l'employeur ou l'organisation.	Facteur contributif - Bien-être	The 9-Utrecht Work Engagement Scale (UWES)
	Compassion fatigue (CF)	La fatigue compassionnelle (FC) représente l'aspect négatif de l'exercice de sa profession. La fatigue compassionnelle se compose de deux dimensions :	Facteur contributif - Détresse	Mesuré via ses dimensions: The Professional Quality of Life Scale version 5 (ProQOL)

Étude # — Auteurs	Concepts liés à la santé psychologique	Définitions des concepts	Statut du concept	Méthode de mesures
		l'épuisement professionnel (EP) et le stress traumatique secondaire (STS).		
	Anger	<i>Concept symptomatique à la détresse; toutefois, il n'est pas défini dans l'article</i>	Symptôme / Manifestation centrale - Détresse	Implicitement mesuré via ProQOL (composante de Bum-out)
	Avoidance of reminders	<i>Concept symptomatique à la détresse; toutefois, il n'est pas défini dans l'article</i>	Symptôme / Manifestation centrale - Détresse	Implicitement mesuré via ProQOL (composante de Secondary Traumatic Stress)
	Bum-out (BO)	Le document définit le bum-out (BO) comme une dimension de la fatigue compassionnelle, liée à des charges de travail très élevées et à des environnements de travail peu soutenant. Elle se caractérise par l'épuisement, la frustration, la colère et la dépression.	Symptôme / Manifestation centrale - Détresse	The Professional Quality of Life Scale version 5 (ProQOL)
	Depression	<i>Concept symptomatique à la détresse; toutefois, il n'est pas défini dans l'article</i>	Symptôme / Manifestation centrale - Détresse	Implicitement mesuré via ProQOL (composante de Bum-out)
	Exhaustion	<i>Concept symptomatique à la détresse; toutefois, il n'est pas défini dans l'article</i>	Symptôme / Manifestation centrale - Détresse	Implicitement mesuré via ProQOL (composante de Bum-out)
	Frustration	<i>Concept symptomatique à la détresse; toutefois, il n'est pas défini dans l'article</i>	Symptôme / Manifestation centrale - Détresse	Implicitement mesuré via ProQOL (composante de Bum-out)
	Health issues	<i>Concept symptomatique à la détresse; toutefois, il n'est pas défini dans l'article</i>	Symptôme / Manifestation centrale - Détresse	Non mesuré
	Intrusive images	<i>Concept symptomatique à la détresse; toutefois, il n'est pas défini dans l'article</i>	Symptôme / Manifestation centrale - Détresse	Implicitement mesuré via ProQOL (composante de Secondary Traumatic Stress)

Étude # — Auteurs	Concepts liés à la santé psychologique	Définitions des concepts	Statut du concept	Méthode de mesures
	Job satisfaction	<i>Concept symptomatique à la détresse; toutefois, il n'est pas défini dans l'article</i>	Symptôme / Manifestation centrale - Détresse	Non mesuré
	Secondary Traumatic Stress (STS)	Le Stress Traumatique Secondaire (STS) se définit comme les conséquences négatives se manifestant par des difficultés de sommeil, des images intrusives et un évitement des rappels des expériences vécues par l'individu, en raison de la peur et des traumatismes liés au travail.	Symptôme / Manifestation centrale - Détresse	The Professional Quality of Life Scale version 5 (ProQOL)
	Sleep difficulties	<i>Concept symptomatique à la détresse; toutefois, il n'est pas défini dans l'article</i>	Symptôme / Manifestation centrale - Détresse	Implicite mesuré via ProQOL (composante de Secondary Traumatic Stress)
	Turnover rates	<i>Concept symptomatique à la détresse; toutefois, il n'est pas défini dans l'article</i>	Symptôme / Manifestation centrale - Détresse	Non mesuré
	Work productivity	<i>Concept symptomatique à la détresse; toutefois, il n'est pas défini dans l'article</i>	Symptôme / Manifestation centrale - Détresse	Non mesuré
Étude 43 – Demir Barutcu (2016)	Stress management situations	<i>Concept non symptomatique, mais reconnu comme un facteur contributif au bien-être ; toutefois, il n'est pas défini dans l'article.</i>	Facteur contributif - Bien-être	Non mesuré (concept global)
	ways to cope with stress (self-confident approach, optimistic approach, helpless approach, submissive approach)	<i>Concept non symptomatique, mais reconnu comme un facteur contributif au bien-être ; toutefois, il n'est pas défini dans l'article.</i>	Facteur contributif - Bien-être	Scale of ways to cope with stress
	Professional commitment (maintaining professional membership, belief in goals and values)	<i>Concept non symptomatique, mais reconnu comme un facteur contributif au bien-être ; toutefois, il n'est pas défini dans l'article.</i>	Facteur contributif - Bien-être	Scale of professional commitment in nursing
Étude 44 – Paustian-	Prevention focus	<i>Concept non symptomatique, mais reconnu comme un facteur contributif de la détresse ou du bien-être; toutefois, il n'est pas défini dans l'article.</i>	Facteur contributif - général	Mesuré

Étude # — Auteurs	Concepts liés à la santé psychologique	Définitions des concepts	Statut du concept	Méthode de mesures
Underdahl et al. (2023)	Work engagement	L'engagement du personnel infirmier constitue un état d'esprit positif et épanouissant lié au travail, caractérisé par une immersion et une dévotion envers ses responsabilités professionnelles. « Nurse engagement is a positive, fulfilling, work-related state of mind associated with being absorbed and dedicated to one's work (Hetzel-Riggin et al., 2020) » (p. 282) Bien que cela ne constitue pas une définition émanant de Schaufeli et al., les outils de mesure ainsi que les concepts employés dans cette définition se rattachent à ceux proposés par Schaufeli et al. (2002).	Facteur contributif - Bien-être	
	Emotional exhaustion	L'épuisement émotionnel constitue une forme de tension liée au travail qui se manifeste en réaction à un stress professionnel chronique.	Symptôme / Manifestation centrale - Détresse	

Annexe 4 : Certificat d'éthique



Faculté des arts et des sciences
Vice-décanat à la recherche

Le 19 mars 2009

Monsieur André Savoie
Professeur titulaire
Département de psychologie
Pavillon Marie-Victorin

OBJET : *Certificat d'éthique / Projet : « Concilier performance et santé psychologique au travail »*

Monsieur,

Le Comité d'éthique de la recherche de la Faculté des arts et des sciences a étudié votre projet de recherche susmentionné et délivré le certificat d'éthique requis, après avoir approuvé le formulaire de consentement révisé transmis le 17 mars 2009; ce document fait désormais partie intégrante du protocole de recherche.

Vous trouverez ci-joint copie de votre certificat; notez qu'il comporte dorénavant une mention de suivi obligatoire. En effet, afin de répondre aux exigences éthiques en vigueur (entre autres celles de l'Université et des organismes subventionnaires), un suivi annuel doit être exercé auprès des chercheurs afin de maintenir la validité du certificat. Vous trouverez également joint à la présente le spécimen du questionnaire de suivi qui vous sera envoyé. De manière à rendre ce processus le plus simple possible et afin d'en tirer pour tous le plus grand profit, nous l'avons voulu concis et comportant des questions qui vous permettent à la fois de satisfaire aux exigences du suivi et de nous faire part de vos commentaires et de vos besoins en matière d'éthique en cours de recherche. **Il est entendu que cela ne modifie en rien l'obligation pour le chercheur, tel qu'indiqué sur le certificat d'éthique, de signaler au CÉRFA tout incident grave dès qu'il survient ou de lui faire part de tout changement anticipé au protocole de recherche.**

Nous vous souhaitons bon succès dans votre projet et vous prions d'agréer, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

OIIQ - Santé au travail

Présentation

**LA SANTÉ ET L'IMPLICATION DES INFIRMIÈRES ET
INFIRMIERS AU TRAVAIL**

Université 
de Montréal



Formulaire de consentement

La santé et l'implication des infirmières et infirmiers au travail

Responsable de la recherche :



A) RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTS

1. Objectifs de la recherche

Ce projet vise à mieux comprendre ce qui affecte la santé psychologique des infirmières et infirmiers au travail.

2. Participation à la recherche

Votre participation à cette étude consiste à répondre à un questionnaire comprenant des questions sur vous et votre vie au travail. Cette activité sera d'une durée approximative de 20 minutes.

3. Confidentialité

Les renseignements que vous nous donnerez demeureront strictement confidentiels. Seuls les chercheurs du laboratoire auront accès au contenu du questionnaire. De plus, les renseignements seront conservés de façon sécurisée. Aucune information permettant de vous identifier ne sera publiée. Votre employeur n'aura jamais accès aux données brutes recueillies. Les renseignements personnels seront détruits au plus tard 7 ans après leur obtention et seules les données ne permettant pas de vous identifier pourront être conservées après cette date.

4. Avantages et inconvénients

En participant à cette recherche, vous contribuez à l'avancement des connaissances sur la santé psychologique. Votre participation à la recherche n'implique pas d'inconvénients prévisibles, outre le fait de consacrer du temps à la recherche.

5. Droit de retrait

Votre participation à cette recherche est entièrement volontaire et confidentielle. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps, sans préjudice et sans devoir justifier votre décision. Si vous décidez de vous retirer de la recherche, vous pouvez communiquer avec le chercheur principal, au numéro de téléphone indiqué ci-après.

B) CONSENTEMENT

 Je déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessus, avoir obtenu les réponses à mes questions sur ma participation à la recherche et comprendre le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de cette recherche. Après réflexion et un délai raisonnable, je consens librement à prendre part à cette recherche. Je sais que je peux me retirer en tout temps sans préjudice et sans devoir justifier ma décision.



Introduction

Nous vous sollicitons pour participer à une étude sur la santé des infirmières et infirmiers au travail qui vous prendra, en moyenne, 20 minutes de votre temps.

Pour vous remercier de votre participation, vous aurez la chance de gagner l'un des 100 prix de 50 \$ qui seront tirés après la semaine des infirmières et infirmiers (le 20 mars 2011). Vous n'avez qu'à remplir le formulaire, à la fin du questionnaire, prévu à cette fin.

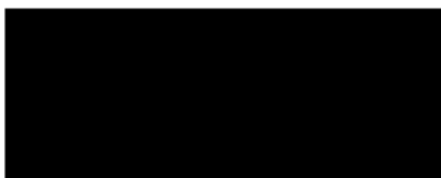
Le questionnaire comporte six (6) sections. Nous désirons connaître votre opinion sur les aspects suivants :

1) Votre profil	13 questions
2) Vos comportements au travail	9 questions
3) Vos sentiments au travail	48 questions
4) Votre environnement de travail	17 questions
5) Votre engagement au travail	12 questions
6) Les comportements de votre supérieur immédiat	28 questions

Si vous occupez plus d'un emploi, nous vous demandons de répondre à ce questionnaire en vous situant par rapport à un seul emploi, soit l'emploi pour lequel vous travaillez le plus grand nombre d'heures.

Vos réponses sont totalement confidentielles. Nous vous remercions du temps que vous consacrez à ce questionnaire.

Pour toute question ou commentaire, nous vous invitons à joindre :



*** Le masculin a été utilisé tout au long de ce questionnaire uniquement afin d'alléger la forme du texte.***

1) Votre profil

1) Vous êtes :

☐ Une femme

☐ Un homme

2) Quel âge avez-vous?

☐ 24 ans ou moins

☐ 25 à 29 ans

☐ 30 à 34 ans

☐ 35 à 39 ans

☐ 40 à 44 ans

☐ 45 à 49 ans

☐ 50 à 54 ans

☐ 55 à 59 ans

☐ 60 à 64 ans

☐ 65 ans ou plus

3) Quel niveau de scolarité le plus élevé avez-vous complété?

☐ DEC (incl. diplôme d'hôpital)

☐ Université - certificat

☐ Université - baccalauréat

☐ Université - cycles supérieurs

Autre, spécifiez :

4) Quel est votre statut d'emploi?

☐ Temps complet

☐ Temps partiel

☐ Occasionnel

5) Combien d'heures travaillez-vous par semaine, incluant les tâches connexes, dans votre département/unité?

- ☐ Moins de 20 heures
- ☐ 20 à 29 heures
- ☐ 30 à 39 heures
- ☐ 40 à 49 heures
- ☐ 50 à 59 heures
- ☐ 60 heures et plus

6) Depuis combien de temps travaillez-vous pour votre organisation actuelle?

- ☐ Moins de 6 mois
- ☐ Entre 6 et 11 mois
- ☐ Entre 1 et 2 ans
- ☐ Entre 3 et 5 ans
- ☐ Entre 6 et 10 ans
- ☐ Entre 11 et 15 ans
- ☐ Plus de 15 ans

7) Depuis combien de temps occupez-vous votre poste actuel?

- ☐ Moins de 6 mois
- ☐ Entre 6 et 11 mois
- ☐ Entre 1 et 2 ans
- ☐ Entre 3 et 5 ans
- ☐ Entre 6 et 10 ans
- ☐ Entre 11 et 15 ans
- ☐ Plus de 15 ans

8) Depuis combien de temps travaillez-vous avec votre supérieur immédiat?

- ☐ Moins de 6 mois
- ☐ Entre 6 et 11 mois
- ☐ Entre 1 et 2 ans
- ☐ Entre 3 et 5 ans
- ☐ Entre 6 et 10 ans
- ☐ Entre 11 et 15 ans
- ☐ Plus de 15 ans

9) Êtes-vous régulièrement en contact avec votre supérieur immédiat?

- ☐ Pas du tout
- ☐ Une fois, à l'occasion
- ☐ Parfois
- ☐ Assez souvent
- ☐ Fréquemment, sinon toujours

10) Gérez-vous du personnel?

- ☐ Oui
- ☐ Non

11) Combien d'employés travaillent dans votre département/unité de travail?

- ☐ Moins de 5 employés
- ☐ De 6 à 10 employés
- ☐ De 11 à 15 employés
- ☐ De 16 à 20 employés
- ☐ De 21 à 25 employés
- ☐ Plus de 25 employés

12) Dans quel secteur travaillez-vous?

- ☐ Secteur public - CSSS
- ☐ Secteur public - Centre universitaire
- ☐ Secteur public - Centre hospitalier
- ☐ Secteur public - Centre d'hébergement et de soins de longue durée
- ☐ Secteur public - Centre de réadaptation
- ☐ Secteur public - Autres
- ☐ Secteur privé - Agence de placement (à but lucratif)
- ☐ Secteur privé - Clinique médicale (à but lucratif)
- ☐ Secteur privé - Autres (à but lucratif)
- ☐ Secteur privé - Autres (à but non lucratif)
- ☐ Secteur de l'éducation

13) Quel est le quart de travail auquel vous êtes le plus assigné?

- ☐ De jour
- ☐ De soir
- ☐ De nuit

2) Vos comportements au travail

CONSIGNE

Indiquez la réponse qui reflète le mieux votre degré d'accord avec l'énoncé.

Veuillez répondre aux énoncés suivants de la même façon que votre supérieur immédiat le ferait s'il avait à vous évaluer, selon l'échelle de réponse suivante :

Selon mon supérieur immédiat :

	Tout à fait en désaccord	Assez fortement en désaccord	Un peu en désaccord	Un peu d'accord	Assez fortement d'accord	Tout à fait d'accord
1) Je coopère avec autrui en mettant volontairement de côté mes intérêts personnels au profit de l'équipe.						
2) Je respecte l'esprit et la lettre des règlements organisationnels, même lorsque ceux-ci me semblent peu commodes.						
3) Je prends régulièrement des initiatives qui peuvent aider à atteindre un objectif de l'équipe ou de l'organisation, même si ces actions ne font pas partie de mes responsabilités.						
4) Il m'arrive de faire des tâches						

OIIQ - Santé au travail

même si celles-ci ne font pas partie de mes obligations.

5) Je me fais un point d'honneur de féliciter mes collègues pour le travail accompli.



6) Je suis à l'affût d'occasions pour acquérir de nouvelles connaissances et habiletés.



CONSIGNE

Veillez répondre aux énoncés suivants de la même façon que votre supérieur immédiat le ferait s'il avait à vous évaluer, selon l'échelle de réponse suivante :

Comment votre supérieur immédiat évaluerait-il :

Très faible

Faible

Moyenne

Grande

Très grande

7) la qualité de votre travail? En d'autres mots, trouverait-il le résultat de votre travail parfait, sans erreur et très précis?



8) votre efficacité au travail? En d'autres mots, quelle serait son évaluation de la vitesse d'exécution et de la quantité de travail que vous accomplissez?



9) votre performance de travail? En d'autres mots, estimerait-il que vous donnez une prestation de travail de qualité dans les temps requis?



3) Vos sentiments au travail

Partie 1 de 2

CONSIGNE

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

Ces temps-ci, dans mon emploi :

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

OIIQ - Santé au travail

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

3) Vos sentiments au travail

Partie 2 de 2

CONSIGNE

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

Ces temps-ci, dans mon emploi :

	Jamais	Rarement	La moitié du toujours temps	Fréquemment	Presque
26) J'ai l'impression d'avoir raté ma carrière.					
27) Je suis agressif pour tout et pour rien.					
28) J'ai tendance à m'isoler, à me couper du monde.					
29) J'éprouve de la difficulté à faire face à mes problèmes.					
30) Je suis facilement irritable, je réagis plutôt mal ou avec colère aux commentaires qu'on me fait.					
31) Je n'ai plus le goût de faire quoi que ce soit de plus.					
32) Je me sens dévalorisé, je me sens diminué.					
33) Je suis en conflit avec mes collègues, mes supérieurs ou mes subordonnés.					
34) J'ai envie de tout lâcher, de tout abandonner.					
35) Je me sens triste.					
36) J'ai l'impression que personne ne m'aime.					
37) Je suis arrogant et même « bête » avec mes collègues, mes supérieurs ou mes subordonnés.					
38) Je manque de confiance en moi.					
39) Je me sens préoccupé, anxieux.					
40) Je perds patience rapidement.					
41) Je me sens déprimé, ou « down ».					

OIIQ - Santé au travail

42) Je manque d'initiative en général, je suis moins fonceur.					
43) J'ai le sentiment d'être inutile.					
44) Je me sens désintéressé par mon travail.					
45) Je me sens mal dans ma peau.					
46) Je me sens stressé, sous pression.					
47) J'ai tendance à être moins réceptif aux idées (opinions) de mes collègues, mes supérieurs ou mes subordonnés.					
48) J'éprouve de la difficulté à me concentrer sur quoi que ce soit.					

4) Votre environnement de travail

CONSIGNE

Les énoncés suivants concernent la façon dont vous êtes traités dans votre milieu de travail. Indiquez la réponse qui correspond le mieux à votre réalité.

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

5) Votre engagement au travail

CONSIGNE

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

Je cherche activement un emploi...

	Totalement en désaccord	Assez fortement en désaccord	Un peu en désaccord	Un peu en accord	Assez fortement en accord	Tout à fait en accord
1) Dans une autre unité (ou service, département, etc.)						
2) Dans un autre établissement (hôpital, CLSC, CHSLD, etc.)						
3) Dans une autre profession						

Je pense souvent à quitter...

	Totalement en désaccord	Assez fortement en désaccord	Un peu en désaccord	Un peu en accord	Assez fortement en accord	Tout à fait en accord
4) Mon unité (ou service, département, etc.)						
5) Mon établissement (hôpital, CLSC, CHSLD, etc.)						
6) Ma profession						

Dès que je peux, je quitte définitivement...

OIIQ - Santé au travail

	Totalement en désaccord	Assez fortement en désaccord	Un peu en désaccord	Un peu en accord	Assez fortement en accord	Tout à fait en accord
7) Mon unité (ou service, département, etc.)						
8) Mon établissement (hôpital, CLSC, CHSLD, etc.)						
9) Ma profession						

Quelle est votre façon d'envisager l'avenir par rapport à votre emploi.....

	Totalement en désaccord	Assez fortement en désaccord	Un peu en désaccord	Un peu en accord	Assez fortement en accord	Tout à fait en accord
10) Je me mettrai sans doute activement à la recherche d'un autre emploi dans peu de temps.						
11) J'envisage souvent de démissionner.						
12) Un rien (ou presque) pourrait provoquer ma démission.						

6) Votre supérieur immédiat

Partie 1 de 2

CONSIGNE

Les énoncés suivants concernent le style de leadership de votre supérieur immédiat tel que vous le percevez. Pour chaque énoncé, indiquez à quelle fréquence votre supérieur immédiat adopte chacun des comportements suivants.

Mon supérieur immédiat:

	Jamais	De temps en temps	Parfois	Assez souvent	Fréquemment, sinon toujours
1) Dit exactement ce qu'il pense.					
2) Admet ses erreurs lorsqu'il en fait.					
3) Encourage tout le monde à dire ce qu'il pense.					
4) Dit la vérité sans détour.					
5) Exprime des émotions reflétant parfaitement ses sentiments.					
6) Agit conformément à ses croyances.					
7) Prend des décisions en fonction de ses valeurs fondamentales.					
8) Me demande de prendre des positions conformes à mes valeurs fondamentales.					
9) Prend des					

OIIQ - Santé au travail

décisions

difficiles en se
fondant sur des
normes
d'éthique
élevées.

10) Sollicite
des points de
vue qui
bousculent ses
convictions les
plus fermes.



11) Analyse les
données
pertinentes
avant de
prendre une
décision.



12) Écoute
attentivement
les différents
points de vue
avant de
prendre une
décision.



13) Sollicite du
feedback afin
d'améliorer ses
relations avec
les autres.



14) Peut
décrire avec
précision
comment les
autres
perçoivent ses
capacités.



15) Sait quand
il est temps de
réévaluer ses
positions sur
des questions
importantes.



16) Montre
qu'il comprend
comment
certaines
actions
affectent les
autres.



6) Votre supérieur immédiat

Partie 2 de 2

CONSIGNE

Les énoncés suivants concernent le style de leadership de votre supérieur immédiat tel que vous le percevez. Pour chaque énoncé, indiquez à quelle fréquence votre supérieur immédiat adopte chacun des comportements suivants.

Mon supérieur immédiat :

	Jamais	De temps en temps	Parfois	Assez souvent	Fréquemment, sinon toujours
17) Utilise son autorité ou son statut à des fins personnelles.					
18) Tire profit de son statut auprès des employés.					
19) S'attribue le crédit pour le bon travail réalisé par les autres.					
20) Blâme les autres pour ses propres erreurs.					
21) Dévalorise ou diminue ses employés.					
22) Exagère l'importance des erreurs et faiblesses de ses employés.					

OIIQ - Santé au travail

23) Critique
sévèrement
ses employés
qui font des
erreurs.



24) Est
souvent
mécontent
de mon
travail sans
raison
apparente.



25) Se
montre
souvent
critique à
l'égard de
mon travail,
même si je
le fais bien.



26) Me
réprimande
souvent sans
que je ne
sache
pourquoi.



27) Me tient
souvent
responsable
de choses sur
lesquelles je
n'ai pas de
contrôle.



28) Critique
ses employés
devant les
autres.



Participation à un autre sondage

Nous souhaitons mener, dans six (6) mois, la même étude dans le but de suivre l'évolution de votre situation au travail. Cependant, nous avons besoin de votre accord pour votre solliciter de nouveau.

☐ 1 J'accepte d'être sollicité dans six (6) mois pour répondre, à nouveau, à un sondage.

☐ 2 Je n'accepte pas d'être sollicité dans six (6) mois pour répondre, à nouveau, à un sondage.

Information courriel

Veuillez inscrire votre adresse courriel:

Courriel :

Veuillez inscrire à nouveau votre adresse courriel:

Courriel :

Tirage

PARTICIPATION AU TIRAGE

Les 500 premières personnes qui remplissent en entier le sondage courent la chance de gagner l'un des 100 prix de 50 \$.

Les prix seront tirés le 20 mai 2011, ce qui clôturera de façon sympathique les semaines de la santé mentale et de l'infirmière et infirmier.

Les gagnants seront avisés par courriel.

Vous désirez participer? Saisissez votre prénom, nom, adresse courriel et votre numéro de téléphone :

Prénom et nom:

Courriel :

Numéro de
téléphone :

Remerciements

Merci d'avoir rempli ce questionnaire!

Cliquez sur le bouton "Terminé" pour mettre fin à la session.