
Motivation au travail et intention de quitter l'organisation : une illustration auprès des professionnels de santé au Togo

Kossi AFFO¹

Mots clés:

Motivation au travail
Intention de quitter
Professionnels de santé
Théorie
des comportements
planifiés
Théorie de l'auto-
détermination

RÉSUMÉ

La présente recherche vise à mieux comprendre les liens entre la motivation au travail des professionnels de santé et leur intention de quitter le système de santé. Cette recherche s'appuie sur la théorie de l'auto-détermination (Deci et Ryan, 1985) et celle des comportements planifiés (Fishbein et Ajzen, 2011), afin de mieux cerner les mobiles des professionnels de santé soutenant leur intention de quitter le système sanitaire. L'approche méthodologique employée est mixte (quantitative et qualitative). Les données ont été collectées par le biais d'un guide d'entretien pour interviewer un échantillon de responsables RH et de surveillants d'hôpitaux (N=12) et d'un questionnaire d'enquête administré à un échantillon de professionnels de santé (N= 320). On relève une situation hors norme, sous l'influence des facteurs intrinsèques, contextuels et psychologiques, les professionnels de santé restent très attachés à leur milieu de travail et à la fonction médicale, nonobstant les conditions de travail n'offrant pas une réelle motivation au travail. Ces facteurs viennent jouer un rôle modérateur.

© 2024 RAG – Tout droit réservé.

Adresse de correspondance de l'auteur :

1. Enseignant-chercheur à l'Université de Lomé (TOGO), affo_eric@yahoo.fr , Tél : (00228) 90 91 33 24

INTRODUCTION

La problématique du départ volontaire est devenue une préoccupation grandissante, soutenue par une multitude de recherches sur le sujet. Dans le même ordre d'idées, Thévenet (1992), Vachette (1992) et Neveu (1996), précisent que le retrait organisationnel peut se manifester par l'absentéisme, voire le sabotage, mettant au grand jour une « démission intérieure ». Le phénomène devient inquiétant, gagne du terrain et touche toutes les sphères d'activité, dont celle de la santé. Le secteur de la santé reste social et un élément cardinal dans l'offre de soins, sa mission est de soigner les populations (Belrhiti, 2013). L'amélioration de la performance hospitalière est de plus en plus grande. Cette performance est fortement dépendante de la motivation des personnels soignants (Zedini et al, 2016). Le concept de motivation au travail en gestion des ressources humaines ne date pas d'aujourd'hui, mais toujours d'actualité. Les ressources humaines (RH) dans les organisations ont toujours besoin d'impulsion, c'est-à-dire de motivation, afin de remplir efficacement leur cahier de charges. Pour ce faire, une attention toute particulière doit être réservée à ce concept. La motivation au travail des RH est considérée comme une pierre angulaire de la réussite de tout système sanitaire (Zédini, 2016). Si le concept de la motivation au travail a fait ses preuves et demeure sur les lèvres, qu'en est-il du concept de l'intention de quitter l'organisation.

Des travaux se sont intéressés à la problématique de l'intention de quitter, mais sous plusieurs angles ou modèles (Hom et Gaertner, 2000 ; Jiang et al., 2012 ; Rasouli, 2012, Laberge et Lauzier, 2013). On pourra citer entre autres le modèle de March et Simon (1958), le modèle de Price (1977) et le modèle de Mobley, Horner et Hollingswoth (1978).

Cet article traite de l'intention de départ et prend appui principalement sur la théorie de l'auto-détermination (Deci et Ryan, 1985, 1991, 2002) et celle des comportements planifiés (Fishbein et Ajzen, 2011). La théorie des attentes (Vroom, 1964) et celle de l'équité (Adams, 1963) ne sont pas du reste, car elles permettront de comprendre l'état de motivation des professionnels de santé. Pour la théorie des comportements planifiés, des motifs spécifiques devraient être rattachés à l'intention de quitter. Pour les mêmes auteurs, on peut croire que l'idée de vouloir partir renvoie à des comportements et à des mécanismes psychologiques.

Concernant la théorie de l'auto-détermination, elle stipule que lorsque l'individu perçoit son milieu comme soutenant ses besoins d'autonomie, de compétence et d'appartenance sociale, ceci favorise le fonctionnement de deux états procurant l'énergie (la motivation) indispensable à sa vitalité, à son développement et à son ajustement psychologique.

Par ailleurs, d'autres travaux ont traité des liens entre l'intention et la satisfaction au travail ou entre l'intention et l'engagement affectif par exemple. Du coup, on constate que rares sont les recherches portant sur la motivation au travail et l'intention de quitter l'organisation. Ainsi, la présente recherche vient enrichir les débats scientifiques sur le sujet, afin de réduire cet écart. Le secteur de la santé, compte tenu de son rôle et de son importance pour les populations et par ricochet sa contribution à l'économie nationale, à travers le capital humain, doit bénéficier d'une grande attention.

Abordant la notion d'intention de quitter l'organisation, des travaux ont été menés dans un contexte français, avec des cibles spécifiques et variées : les cadres (Neveu, 1996) ; les vendeurs (Commeiras et Fourniers, 1998) ; les infirmiers (Cohen, 2000 ; Colle et Moisson, 2007) ou plus loin encore les employés à temps partiel (Palmero, 2000). A cet effet, la contribution de la présente recherche est d'abord la question de l'intention de quitter dans un milieu de travail très complexe avec des contraintes particulières, celui de la santé et dans un contexte togolais. Ce dernier n'est pas très différent des autres pays de la sous-région ouest africaine. Les spécificités relatives à la profession médicale restent également les mêmes. Cependant, seuls le cadre de travail et les conditions de travail sont parfois divergents d'un pays à un autre. D'une part, au Togo, en dépit des efforts et sacrifices consentis par l'Etat au profit du secteur de la santé, le cadre et les conditions de travail des professionnels de santé sont caractérisés par : une vétusté du plateau technique, une pénurie des ressources humaines, une insuffisance de matériels de travail, une répartition géographique inégale des RH entre les régions sanitaires, une surcharge de travail, etc. D'autre part, il ressort que cette recherche aborde un sujet peu investigué dans la littérature sur la motivation au travail et l'intention de quitter en milieu sanitaire. Dans cette perspective, ce travail a pour ambition de combler ce gap.

Tenant compte de tout ce qui précède, la problématique de cette recherche est d'analyser les

liens entre la motivation au travail des professionnels de santé au Togo et leur intention de quitter le système de santé. Elle se matérialise par cette question fondamentale : quels liens existent entre la motivation au travail des professionnels de santé au Togo et leur intention de quitter le système de santé ? Pour apporter des éclairages à cette interrogation, le présent article est structuré en quatre sections. La première traite des considérations théoriques. La deuxième s'intéresse au protocole méthodologique employée dans ce travail. La troisième expose les résultats obtenus. La quatrième et dernière section est réservée à la discussion des résultats.

1. Revue de la littérature

Il s'agira dans cette section de passer en revue les concepts clés de notre recherche, notamment la motivation au travail, l'intention de quitter l'organisation et les professionnels de santé.

1.1. Considérations théoriques: motivation et intention de quitter chez les professionnels de santé

1.1.1 Quid de la motivation au travail?

Le concept de motivation au travail fascine les chercheurs depuis des décennies (Pelaccia et al., 2017). Ce concept ne date pas d'aujourd'hui, mais il reste toujours d'actualité. Aucun secteur d'activités n'est épargné à cette problématique. Zedini et al., (2016), rappellent les cinq grandes approches conduisant à une compréhension de la motivation au travail : la théorie des besoins de Maslow, la théorie des deux facteurs de Herzberg, la théorie des attentes de Vroom (1964), la théorie de l'équité d'Adams (1963) et enfin la théorie de renforcement de Skinner (1953). Pour Vallerand et Thill (1993, p. 452), la motivation au travail est considérée comme « le construit hypothétique utilisé afin de décrire les forces internes et/ou externes produisant le déclenchement, la direction, l'intensité et la persistance du comportement ». Plusieurs modèles théoriques se sont penchés sur la motivation au travail et les deux théories permettant de mieux cerner le concept et les variables susceptibles

d'influer la motivation au travail dans le secteur public sont les théories de Maslow (1984) et d'Herzberg (1980).

La théorie de motivation de Maslow est portée par une hiérarchisation des besoins sous forme d'une pyramide : les besoins physiologiques, le besoin de sécurité, les besoins sociaux, le besoin d'estime, les besoins d'accomplissement. Pour sa part, la théorie d'Herzberg, a permis de clarifier la question de motivation au travail en favorisant une distinction entre les facteurs de motivation intrinsèque et ceux de la motivation extrinsèque. Dans cette même logique, la théorie de l'autodétermination de Decy et Ryan (1985, 1991, 2002) est axée sur la motivation intrinsèque et la motivation extrinsèque. La motivation intrinsèque correspond à l'énergie que l'individu déploie lorsqu'il réalise une activité pour le plaisir ou la satisfaction qu'il en retire ; comme c'est le cas des professionnels de santé. Pour ce faire, une motivation autodéterminée est souvent liée à des conséquences positives pour l'individu. Du coup, l'autodétermination est associée à un bon fonctionnement psychologique (Deci, 1980). S'agissant de la motivation extrinsèque, elle s'apparente à la tendance innée chez l'individu à assimiler dans son soi, les valeurs ou attentes véhiculées dans son groupe d'appartenance. Au final, la théorie de l'autodétermination va favoriser une compréhension de la rétention au travail des professionnels de santé, en s'appuyant sur des facteurs intrapsychiques.

Par ailleurs, les collaborateurs contribuent positivement et de manière réelle aux objectifs de l'organisation. Alors, pour maintenir cette contribution, ils doivent être motivés par leur employeur, afin de ne pas avoir l'intention de quitter dès que cela est possible. Qu'en est-il alors des professionnels de santé ? Comment se présente cette réalité dans le secteur de la santé ? Les arguments et articulations théoriques développés conduisent alors à postuler **l'hypothèse 1 (H1) : « au Togo, les professionnels de santé sont motivés, malgré le cadre de vie et les conditions de travail peu enviables ».**

1.1.2 Notion d'intention de quitter

Le concept de l'intention de quitter devient sensible, au point où les entreprises prennent au sérieux le problème et des dispositions afin de minimiser l'intention de départ volontaire chez leurs collaborateurs. Particulièrement, le secteur de la santé a été très affecté par le

phénomène de fuite des cerveaux ces dernières décennies. Cette volonté de quitter l'entreprise est imputable à plusieurs facteurs, notamment : l'absence d'occasion d'apprentissage ou d'emploi, l'insatisfaction à l'endroit du supérieur immédiat ou des conditions de travail insatisfaisantes, l'absence de motivation, le manque de soutien et de reconnaissance. Le profil du salarié influence également l'intention de quitter (Giraud, 2015). Selon Neveu (1996), la relation entre intention et comportement de départ ultérieur est positive. De nombreuses études (Tett et Meyer, 1993 ; Dalton et al., 1999 ; Zimmerman et Darnold, 2009 ; Regts et Molleman, 2012 ; Kumar et Govindarajo, 2014 ; Joo, Hahn et Peterson, 2015) se sont prononcées sur la variable agrégée souvent appelée « intention de départ ». Pour ces auteurs, l'intention de quitter correspond à un désir conscient et délibéré de quitter l'organisation dans un futur proche.

Cependant, la littérature offre des modèles qui tentent d'expliquer le concept en question. Citons entre autres : le modèle de March et Simon (1958), le modèle de Price (1977) et le modèle de Mobley, Horner et Hollingswoth (1978). D'abord le modèle de March et Simon, il stipule qu'un individu échange délibérément son travail contre des avantages, sur la base d'une perception générale d'équilibre et d'équité. Pour ce modèle, deux principaux facteurs militent fortement en faveur de l'intention de quitter, la satisfaction au travail et la possibilité perçue d'une mutation dans l'organisation. Ensuite, le modèle de Price explique le départ volontaire par la satisfaction et l'occasion. Selon ce modèle, la satisfaction est la résultante de déterminants (rémunération, intégration, communication et centralisation). Enfin, pour le modèle de Mobley, le départ volontaire réside dans la chronologie des différentes étapes, c'est-à-dire entre la satisfaction au travail et le départ volontaire. L'auteur ajoute aussi dans son modèle une possibilité d'effet rétroactif. Donc, un échec à l'une des étapes du processus peut ramener l'individu à une étape précédente. Plus tard, Mobley (1982) présente le modèle simplifié des causes et corrélats du départ volontaire. Dans ce dernier modèle, l'auteur explique le départ volontaire par une série de variables (économiques, individuelles non liées au travail, organisationnelles et individuelles liées au travail). Ce dernier modèle semble être plus proche de la réalité observée chez les professionnels de santé, objet de cette recherche.

Effectivement, nos investigations sur le terrain ont révélé que les variables expliquant le départ volontaire chez les professionnels de santé togolais, sont plus d'ordres économiques, organisationnels et individuels.

Le départ volontaire entraîne une pénurie de la main d'œuvre, d'où la nécessité pour les organisations désireuses de maintenir leurs salariés compétents et talentueux de mettre en place des politiques de fidélisation. Du coup, un crédit doit être accordé au secteur sanitaire, où se pose de sérieuses difficultés (pénurie et insuffisance des effectifs, inégale répartition géographique des RH, démotivation des agents de santé, etc.). Aussi, tenant compte de la sensibilité et de l'importance du secteur sanitaire, des mécanismes rigoureux et robustes doit être envisagés, afin de freiner les départs.

Abordant l'intention de quitter l'organisation, les départs initiés par l'employeur posent souvent plus de problèmes et parfois entraînent de conflits entre employés et employeurs (Dany et Livian, 2002). En dépit de l'existence des travaux sur le sujet (Carsten et Spector, 1987 ; Dalton et al., 1999 ; Griffeth, Hom et Gaertner, 2000 ; Hom, Tett et Meyer, 2013), il se pose une question fondamentale, comment mesurer le degré auquel les employés pensent quitter l'organisation (Lafrenière-Carrier et al., 2018). Des recherches antérieures n'ont pas parvenu à mettre en exergue les tenants et les aboutissants de l'intention de quitter l'organisation (Tett et Meyer, 1993 ; Dalton et al., 1999 ; Zimmerman et Darnold, 2009 ; Regts et Molleman, 2012 ; Kumar et Govindarajo, 2014 ; Joo, Hahn et Peterson, 2015;), surtout dans le secteur de la santé. Dans cette recherche, l'on s'intéresse particulièrement aux liens entre la motivation au travail des professionnels de santé et leur intention de quitter le système de santé, en contexte togolais. Au total, il se dégage clairement que vouloir quitter l'organisation reste un comportement planifié de la part de l'employé. Ce comportement s'explique par ce que gagne ou perd ce dernier. Finalement, notre ancrage théorique est bâti sur la théorie des comportements planifiés (Fishbein et Ajzen, 2011) et la théorie de l'autodétermination (Deci et Ryan, 1985), renforcé par le modèle de Mobley (1982).

La motivation au travail et l'intention de quitter l'organisation sont des préoccupations portées par la fonction RH. Elles restent des problématiques importantes et pertinentes pour la recherche scientifique et sont toujours d'actualité. La question légitime que l'on se pose est de

savoir : Comment la motivation au travail peut-elle influencer l'intention de quitter l'organisation ?

1.2 Quid des Professionnels de santé ?

Le professionnel de santé exerce ses compétences et son jugement, fournit un service lié au maintien, à l'amélioration de la santé des individus, ou au traitement des individus blessés, malades, souffrant d'un handicap ou d'une infirmité en leur prodiguant des soins et des thérapies. Selon le code français de la santé publique, les professions de la santé se décomposent en trois catégories : (i) les professions médicales : médecins, odontologistes, chirurgiens-dentistes et sages-femmes ; (ii) les professions de la pharmacie et de la physique médicale : pharmaciens d'officine et hospitaliers et physiciens médicaux et (iii) les professions d'auxiliaires médicaux, regroupant : aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers, assistant dentaires, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, orthoptistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale, techniciens de laboratoire médical, audioprothésistes, opticiens-lunetiers, prothésistes, orthésistes, diététiciens. La situation est variable selon les pays. Les nomenclatures professionnelles et les métiers de santé divergent légèrement.

Le système de santé comprend une pluralité de métiers, induisant plusieurs catégories professionnelles. Le cadre de travail est particulier et spécifique, nettement différent des autres milieux professionnels. Les hôpitaux au monde emploient pratiquement les mêmes types ou catégories de ressources humaines. Le système de santé togolais propose les regroupements suivants : le personnel médical, le personnel paramédical, le personnel médical d'appui, le personnel médical technique, le personnel administratif, etc. Tous ces personnels cohabitent ensemble, travaillent dans un même environnement, vivent les mêmes pressions, partagent parfois le même plateau technique et sont tous exposés aux mêmes réalités du secteur.

1.3 Analyse du lien entre la motivation au travail et l'intention de quitter l'organisation

La littérature montre que plusieurs travaux ont traité des déterminants favorisant l'intention de quitter l'organisation (Tett et Meyer, 1993 ; Fabi et al., 2011 et Giraud, 2015). Ces derniers ont retenu la satisfaction au travail comme potentiel déterminant du départ volontaire de l'organisation. Frijters et al., (2001) renchérissent en disant que la satisfaction au travail aurait un effet positif et significatif sur l'intention de quitter. Inversement, cette recherche s'intéresse au lien entre la motivation au travail et l'intention de quitter l'organisation. Dans une autre vision et appuyer par le modèle conceptuel de Gagnon et al. (2008), cette recherche met en avant des facteurs personnels et psychologiques, jouant un rôle modérateur dans ce lien. La rétention des employés en milieu de travail reste une problématique importante et pertinente, ceci en raison des coûts relatifs à la formation du personnel nouveau, au remplacement et à la gestion des ressources humaines (Charest, 2006). Avant d'évoquer le lien, il faut plutôt annoncer les déterminants. Alors parmi ces derniers, on cite les conditions insatisfaisantes de travail, c'est à dire la motivation. Dans la même veine, Igalens (1999) estime que l'intention de départ volontaire tire son sens de l'adéquation entre les attentes des collaborateurs et les conditions de travail proposées par les organisations ; comme le stipule la théorie des attentes de Vroom (1964). En effet, l'établissement du lien entre l'intention de quitter et d'autres concepts de GRH, notamment la satisfaction au travail, l'implication ou l'engagement au travail est mentionné dans la littérature (Mobley, Horner et Hollingsworth, 1978). D'ailleurs, d'après les travaux méta-analytiques de Tett et Meyer (1993), la satisfaction au travail et l'engagement affectif sont négativement liés à l'intention de quitter l'organisation. L'étude menée par Sok, Blomme, De Ruyter, Tromp et Lub (2018) présente l'existence d'un lien négatif entre les expériences de vie personnelle positives et l'intention de quitter l'organisation. Degeyter (2023), s'est plutôt penché sur l'existence d'une association entre qualité de vie au travail, engagement organisationnel et intention de quitter la profession infirmière en milieu hospitalier.

Par exemple l'étude de Lafrenière-Carrier et al. (2018) tentait de faire la lumière sur la manière de formuler la mesure d'intention de départ dans un contexte canadien. Il s'agissait de l'intention de rester et l'intention de quitter. Lafrenière-Carrier et al. (2018) considèrent ces

deux notions comme deux versants d'une même médaille. Dans le même ordre d'idées et sous l'effet des déterminants, les employés peuvent opérer l'un des choix suivants : (a) quitter l'organisation ; (b) ne pas quitter l'organisation, c'est-à-dire rester et (c) le dernier choix correspond tout simplement à une mobilité intra organisationnelle, celle de rester dans l'organisation, tout en changeant de poste de travail. Au regard de la revue de littérature et des observations directes lors de nos visites de terrain dans certaines formations sanitaires (CHU, CHR, CMS et centre spécialisés), nous formulons **l'hypothèse 2 (H2) : « au Togo, nonobstant le faible niveau de motivation au travail, les professionnels de santé n'ont pas l'intention de quitter le système de santé ».**

A cette étape de la recherche, il devient nécessaire de mettre en place un protocole méthodologique, nous permettant de vérifier ces hypothèses.

2. Méthodologie de la recherche

Ce travail a été mené dans le secteur de la santé au Togo. Un secteur social, auquel l'Etat ne ménage aucun effort, en ce qui concerne les ressources humaines. Nous avons adopté une triangulation des méthodes de collecte et d'analyse des données. Dans cette section, nous aborderons à tour de rôle les méthodes de collectes, d'analyse et de traitement des données.

2.1 Méthodes et outils de collecte des données

Par rapport à la mobilisation des données, notre démarche a consisté à écouter les principaux acteurs du système de santé togolais, notamment les professionnels et certains responsables en charge de la gestion des ressources humaines. Nous avons opté pour une triangulation (Flick et al, 2012). La collecte a abordé à la fois des aspects qualitatifs et quantitatifs. Les données collectées sont de premières et secondes mains. Elles proviennent essentiellement des entretiens semi-dirigés, des résultats de l'enquête de motivation auprès de professionnels de santé et de la consultation des documents (rapports d'activités RH de la direction des ressources humaines du ministère de la santé et des plans stratégiques RH). L'enquête a été réalisée par le ministère de la santé, dans le cadre de l'évaluation du plan de développement

des ressources humaines en santé (PDRHS). Cette enquête a couvert les six (06) régions sanitaires (Grand-Lomé, Maritime, Plateaux, Centrale, Kara et Savanes) que compte le Togo. Les principaux outils de collecte sont constitués d'un questionnaire et d'un guide d'entretien. Le questionnaire a été administré à un échantillon de professionnels de santé (N=320), en mode assisté par les enquêteurs. Le questionnaire validé est structuré en trois (03) grandes parties. Il s'agit de l'identification de l'enquêteur, l'identification du répondant et les informations à collecter. Pour l'échantillon quantitatif, nous avons retenu les régions sanitaires, les catégories professionnelles et le genre comme critères d'inclusion.

L'échantillon de 320 professionnels de santé a été obtenu en appliquant un taux de 5% sur l'effectif de chaque région sanitaire. Un nombre de 120 professionnels de santé a été tiré pour la région du Grand Lomé, soit 37,5% de l'échantillon total. Les autres régions sanitaires représentent 16,6%, 14,7%, 11,6%, 10,3% et 9,4%, respectivement Plateaux, Kara, Maritime, Savanes et Centrale. Par rapport au genre, 39,4% et 60,6% sont respectivement des femmes et des hommes. Parlant des catégories professionnelles, les IDE, les SFE, IAE, AAE et les techniciens de laboratoire sont les catégories les plus représentatives, ceci en lien avec leur poids dans l'ensemble de l'effectif des agents de santé. Ils représentent respectivement 19,4%, 12,8%, 11,6% et 10,9%. En général, les infirmiers d'Etat, les sage-femmes d'Etat, les techniciens de laboratoire et les auxiliaires constituent le plus important groupe de professionnels de santé.

Les entretiens semi-dirigés ont été réalisés par le biais d'un guide d'entretien. Les entrevues ont concerné un échantillon (N=12) de responsables RH et de Surveillants d'hôpitaux. Un (01) responsable RH et un (01) Surveillant sont coptés dans chaque région sanitaire. La taille de l'échantillon a été obtenue par convenance. La représentativité de l'échantillon qualitatif est obtenue en couvrant les six régions sanitaires. Les entretiens ont eu lieu dans les formations sanitaires, plus précisément dans les bureaux de ces responsables. Les entretiens ont duré au maximum une (01) heure de temps.

En plus de la collecte des données, nous avons eu à procéder à l'observation directe des lieux de travail (CHU, CHR, districts sanitaires, CMS, etc.). Elle a permis de constater et d'apprécier le cadre de vie et les conditions de travail dans lesquelles les professionnels de

santé exercent leur métier.

2.2 Méthodes d'analyse et de traitement des données

Concernant les méthodes d'analyse, nous avons procédé à une triangulation. A cet effet, deux niveaux d'analyse ont été nécessaires, qualitative et quantitative. Les propos recueillis ont été traités par l'analyse de contenu développée par Huberman et Miles (1991). Par la suite, les entretiens ont subi une analyse thématique de leur contenu, méthode très souvent employée pour l'examen de discours et de données qualitatives (Bardin, 1977 ; Thiétart, 2003), afin de se familiariser avec les entretiens réalisés. Pour Grawitz (1996) et Wacheux (1996), le principe de l'analyse de contenu est basé sur le choix de catégories significatives. Pour leur part, les données et informations quantitatives ont été traitées grâce aux logiciels Excel et Word.

3. Résultats de la recherche

La motivation au travail est fortement liée à un certain nombre de facteurs non financiers (Belrhiti, 2013). Les déterminants de la motivation au travail et l'appréciation de l'intention de quitter le système de santé seront exposés dans cette section.

3.1.1 Les conditions d'exercice des tâches

Tableau 1 : Situation des conditions d'exercice des tâches des professionnels de santé enquêtés

Comment jugez-vous les conditions d'exercice de vos tâches ?	Très bonnes	Bonnes	Acceptables	Mauvaises	Total
Grand Lomé	0	16	80	24	120
Maritimes	0	3	32	2	37
Plateaux	0	5	36	12	53
Centrale	0	3	23	4	30
Kara	0	8	32	7	47
Savanes	0	3	24	6	33
Total	0	38	227	55	320
Pourcentage (%)	0	11,9	70,9	17,2	100

Source : Auteur, à partir des résultats de l'enquête de motivation, juillet 2022

S'agissant des conditions de travail, 70,9% des répondants affirment qu'elles sont acceptables. Pour certains répondants, ils déclarent avoir travaillé dans de mauvaises conditions (17,2%). Seulement 11,9% des agents enquêtés pensent que les conditions d'exercice de leurs tâches sont bonnes. La situation dans laquelle les professionnels exercent leurs tâches n'est pas la même. Elle varie d'une région à une autre. La situation est plus alarmante dans le Grand Lomé.

Les analyses appuyées par les observations sur le terrain révèlent que les raisons expliquant les mauvaises conditions de travail sont entre autres : la vétusté et l'état de délabrement du plateau technique, l'état et l'insuffisance des infrastructures sanitaires, le manque de matériels de travail et de bureaux, la carence en personnel, la pénibilité des conditions de travail, la surcharge de travail, l'état des salles d'hospitalisation, des salles de consultations, etc. En ce qui concerne le plateau technique, les répondants trouvent qu'il est insuffisant, vétuste, inapproprié et inadapté. Comme le déclare un répondant ; *« Parce que le plateau technique est inadapté, le personnel ne maîtrise pas son cahier de charges, valeurs professionnelles peu respectées, insalubrités des locaux, insuffisance du personnel »*. D'après les propos d'un Responsable RH *« En dépit de l'appui important et non négligeable venant du personnel de COGES (Comité de gestion des structures sanitaires), la situation est très alarmante dans toutes les régions sanitaires »*.

Par exemple, comme le témoigne les propos recueillis d'un Surveillant dans un CHU : *« parce que les locaux ne sont pas adaptés, matériels et équipements insuffisants, personnel insuffisant, cadre de travail sale et délabré »*. Au sujet de la surcharge du travail, l'enquête a révélé qu'un nombre important d'agents de santé travaillent beaucoup trop. La surcharge de travail est imputable à l'insuffisance des effectifs. Certains responsables *« déclarent qu'ils n'ont même pas de bureau. Ailleurs encore, on manque de dortoirs pour les gardes, on manque de vestiaires »*.

3.1.2 Situation des relations de travail des professionnels de santé Les relations de travail horizontales (relations entre collègues)

Tableau 2 : Situation de relations de travail entre collègues

Jugement sur les relations entre collègues ?	Très bonnes	Bonnes	Acceptables	Mauvaises	Total
Grand Lomé	27	67	22	4	120
Maritimes	7	22	8	0	37
Plateaux	14	25	14	0	53
Centrale	3	18	8	1	30
Kara	5	32	10	0	47
Savanes	5	26	2	0	33
Total	61	190	64	5	320
Pourcentage (%)	19,1	59,4	20,0	1,6	100,0

Source : Auteur à partir des résultats de l'enquête de motivation, juillet 2022

Les relations interpersonnelles et interprofessionnelles demeurent de potentiels déterminants de la motivation chez les travailleurs. La majorité des répondants déclare avoir de bonnes relations de travail avec les collègues. Abordant les relations de travail entre collègues, 59,4% des professionnels de santé interrogés déclarent qu'ils entretiennent de bonnes relations avec leurs collègues. Pour 19,1% des agents de santé interrogés, les relations professionnelles sont très bonnes.

Les relations professionnelles verticales (relations entre collègues et hiérarchie)

Tableau 3 : Situation de relations de travail entre collègues et hiérarchie

Comment jugez-vous vos relations avec la hiérarchie	Très bonnes	Bonnes	Acceptables	Mauvaises	Total
Grand Lomé	27	71	20	2	120
Maritimes	7	16	13	1	37
Plateaux	15	24	13	1	53
Centrale	3	21	6	0	30
Kara	11	26	9	1	47
Savanes	5	23	5	0	33
Total	68	181	66	5	320
Pourcentage (%)	21,3	56,6	20,6	1,6	100,0

Source : Auteur à partir des résultats de l'enquête de motivation, juillet 2022

La situation est presque identique par rapport aux relations professionnelles horizontales. Les professionnels de santé déclarent que les relations de travail entre collègues et supérieur sont bonnes (56,6%), très bonnes (21,3%) et acceptables (20,6%). Cependant, à la question de savoir le pourquoi des réponses données, la majorité estime que leur hiérarchie est disponible, les écoute. Par ailleurs, plusieurs qualifient d'acceptables les relations entre collègues et supérieur hiérarchique, parce que la communication, la collaboration et l'ambiance de travail sont bonnes. Selon le Responsable RH d'un Centre hospitalier régional « *le problème ne se pose pas en termes de relations de travail. Nos problèmes sont ailleurs, par exemple le déficit en RH, l'état des infrastructures sanitaires, la rémunération, l'absence de dispositif de motivation* ».

3.1.3 Motivation au travail dans le système de santé

Tableau 4 : Motivation au travail dans le système de santé

Q15 : Etes-vous motivé de travailler dans le système ?	Oui	Non	Total
Effectif	218	102	320
Pourcentage (%)	68,1	31,9	100

Source : Auteur à partir des résultats de l'enquête de motivation, juillet 2022

Les professionnels de santé interrogés déclarent qu'ils sont motivés de travailler dans le système de santé (68,1%), contre 31,9% qui pensent le contraire. Nonobstant les conditions de travail très difficiles, une forte proportion de répondants sont motivés de travailler dans le système. Ces conditions de travail sont caractérisées par un cadre de travail déplorable, un plateau technique inadapté et vétuste, un style de management inapproprié, une gestion des formations sanitaires fortement critiquée, un niveau de salaire très bas, des locaux délabrés, une absence de bureaux et de vestiaires dans certaines formations sanitaires. La majorité des professionnels de santé se sent motivée par amour et attachement à la fonction médicale, par passion et surtout par vocation. Ceci révèle une situation contrastée de la problématique de motivation auprès du personnel soignant.

3.1.4 Situation des professionnels de santé par rapport à l'intention de quitter ou de rester dans le système

Tableau 5 : Situation par rapport à l'intention des agents de santé de vouloir rester au poste, rester dans le système en changeant de poste et quitter le système

	Rester au poste	Rester dans le système en changeant de poste	Quitter le système	Total
Grand Lomé	72	36	12	120
Maritimes	15	18	4	37
Plateaux	18	29	6	53
Centrale	8	21	1	30
Kara	18	26	3	47
Savanes	3	26	4	33
Total	134	156	30	320
Pourcentage (%)	41,9	48,8	9,4	100,0

Source : Auteur à partir des résultats de l'enquête de motivation, juillet 2022

Les professionnels de santé enquêtés (48,8%) souhaitent rester dans le système de santé, tout en changeant de poste. Pour certains, rester longtemps à un poste de travail est synonyme de routine et d'improductivité. Les agents qui ont répondu préfèrent changer de poste, pour aller faire d'autres expériences ailleurs. Selon un répondant : *« j'ai déjà fait 5 ans à mon poste et dans la région des Savanes, je veux aller dans une autre région »*. Pour d'autres encore, changer de poste pour acquérir de nouvelles expériences professionnelles, serait une meilleure option.

A contrario, 41,9% des professionnels de santé interrogés souhaitent rester à leur poste. Un certain nombre de raisons renforcent cette décision. Entre autres raisons : *« je veux rester au poste, parce que bientôt je serai admis à la retraite »*. Par ailleurs, un autre groupe de répondants préfèrent quitter le système, ils représentent 9,4% des enquêtés. Même si ce taux pareil faible, il est à prendre au sérieux. On assiste à une insuffisance des RH, il n'est pas du tout souhaitable et appréciable que des intentions de départs se manifestent dans le système. Pour ces derniers, ils ne veulent pas rester dans le système pour les mêmes raisons évoquées plus haut.

Tableau 6 : Répartition des répondants selon le choix de rester au poste et le genre

Réponse	Féminin	Masculin	Total
Quitter le système pour ailleurs	14	16	30
Pourcentage	11,3%	8,2%	9%
Rester au poste	51	84	135
Pourcentage	41,1%	42,9%	42%
Rester dans le système en changeant de poste	59	96	155
Pourcentage	47,6%	49,0%	48%
Total	124	196	320
Pourcentage	38,8%	61,3%	100%

Source : Données d'enquête, juin-juillet 2022

Les femmes et les hommes qui ont choisi de quitter le système représentent respectivement 11,3% et 8,2% de ce groupe de répondants. La proportion de femmes et d'hommes préférant ne pas quitter leur poste est respectivement de 41,1% et 42,9% de ce panel. Dans l'ordre, les femmes et les hommes voulant changer de poste tout en restant dans le système représentent respectivement 47,6% et 49,0%. Un grand nombre de répondants hommes comme femmes ont tenu les propos suivants : « *j'ai pris goût de travailler et de servir dans le système de santé, donc, je ne pense pas le quitter* ». Il convient de noter que la mobilité professionnelle est plus intra organisationnelle dans le secteur de la santé. Par ricochet, les mobilités extra organisationnelles sont rares et plus difficiles à obtenir.

Au total, il ressort des résultats que 42% des professionnels de santé interrogés désirent rester à leur poste, 48% préfèrent rester dans le système en changeant de poste et 9% désirent quitter leur poste de travail. D'après la théorie des comportements planifiés, les professionnels de santé, dans leur grande majorité ont une forte envie de ne pas quitter le système sanitaire, pour plusieurs motifs. Notons qu'il n'est pas du tout facile de réaliser une transition professionnelle dans le corps médical, contrairement à d'autres corps de métier. Les motifs rattachés à la décision de ne pas quitter le système, mais changer tout simplement de poste (48% des répondants) sont entre autres : la vocation à la profession de santé, l'amour pour la profession, le changement du cadre de travail, la recherche de nouvelles expériences en santé. S'agissant des raisons expliquant les décisions de rester au poste (42% des professionnels interrogés), on peut citer : l'affection à la fonction médicale, le rapprochement familial, la peur du

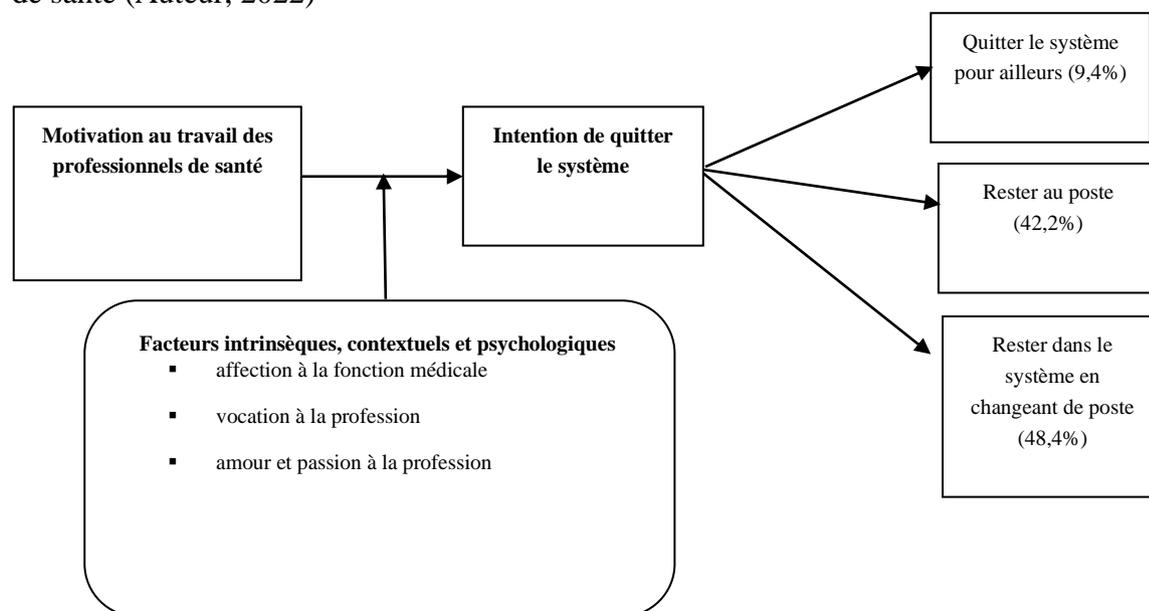
changement.

Globalement, les résultats des analyses qualitatives et quantitatives révèlent une relation mitigée et paradoxale entre la motivation au travail des professionnels de santé et l'intention de quitter le système de santé. En dépit du cadre et des conditions de travail peu enviables, les professionnels de santé sont motivés (68,1%) et ne pensent pas quitter le système sanitaire (42%). Cette décision de non retrait pourrait s'expliquer par des facteurs intrinsèques, contextuels et psychologiques, notamment l'affection à la fonction médicale, la vocation à la profession, l'amour et passion à la profession).

Au regard des résultats de l'enquête auprès des professionnels de santé et des propos recueillis à travers les entrevues avec les Responsables RH et les Surveillants d'hôpitaux, nous pouvons dire que les *hypothèses selon lesquelles* : (H1) « au Togo, les professionnels de santé sont motivés, malgré le cadre de vie et les conditions de travail peu enviables » et (H2) : « au Togo, nonobstant le faible niveau de motivation au travail, les professionnels de santé n'ont pas l'intention de quitter le système de santé », sont vérifiées.

A la lumière des écrits recensés, des théories convoquées, des observations de terrain, mais aussi des résultats obtenus, émerge un modèle motivationnel de l'intention de quitter le système sanitaire chez les professionnels de santé.

Figure 1 : Modèle motivationnel de l'intention de quitter le système chez les professionnels de santé (Auteur, 2022)



Source : Auteur, à partir de la littérature et des résultats de terrain

Les facteurs intrinsèques, contextuels et psychologiques pourraient atténuer l'intention de quitter le système de santé, comme le stipule Robert et Vandenberghe (2017). En effet, ces facteurs modèrent la relation entre la motivation au travail et les départs volontaires chez les professionnels de santé au Togo. On retient que : (i) l'affection des professionnels de santé togolais médiatise la relation entre motivation au travail et intention de quitter le système de santé ; (ii) la vocation des professionnels de santé togolais médiatise la relation entre motivation au travail et intention de quitter le système de santé et (iii) l'amour et la passion des professionnels de santé togolais médiatise le lien entre motivation au travail et intention de quitter le système.

4. Discussion des résultats

Cette recherche a pour objectif d'analyser les liens entre la motivation au travail des professionnels de santé et l'intention de quitter l'organisation. Un grand nombre de travaux

scientifiques se sont déjà penchés sur le concept de l'intention de quitter. Ce dernier a connu un fort engouement ces dernières décennies. Ainsi, plusieurs études sur le roulement volontaire de certains agents de santé, notamment les infirmiers ont été réalisées (Steers et Mowday, 1981). Pour leur part, Wils et al., (1994) ont tout simplement lié l'intention de quitter et la carrière des cadres.

D'autres travaux ont montré le lien positif entre le manque de soutien, le manque d'opportunité d'avancement, les conflits travail-famille et l'intention de quitter le travail (Griffeth, Hom, et Gaertner, 2000). A l'inverse, la présente étude tente d'établir une relation entre intention de quitter le système de santé et la motivation des professionnels de santé. Par ailleurs, la plupart des travaux abordant l'intention de quitter, choisissent d'étudier le cadre conceptuel montrant le lien entre attitude-intention-comportement (Fishbein et Ajzen, 1980 ; Neveu, 1996), nous avons retenu pour les mêmes mobiles théoriques, la théorie des comportements planifiés.

Les résultats de cette recherche révèlent que malgré la situation de motivation pas très enviable, les professionnels de santé au Togo sont motivés et n'ont pas l'intention de quitter leur système de santé. S'appuyant sur la théorie des comportements planifiés et celle de l'autodétermination, cette intention de ne pas quitter le système de santé pourrait s'expliquer par plusieurs facteurs.

Lafrenière-Carrier et al., (2018) se sont intéressés aux forces armées canadiennes, pour tenter de mesurer l'intention de quitter en lien avec la satisfaction dans la vie. D'autres auteurs encore ont traité de l'influence des pratiques de GRH sur l'intention de quitter des salariés d'une banque. Les résultats révèlent l'impact significatif de certaines pratiques de GRH et l'effet médiateur de l'autodétermination dans la décision des infirmiers de quitter le centre hospitalier. Ils arrivent à la conclusion selon laquelle, le stress organisationnel explique davantage l'intention de quitter que les effets d'entraînement.

Si les travaux de Tett et Meyer (1993), indiquent que la satisfaction au travail et l'engagement affectif sont négativement liés à l'intention de quitter l'organisation, la présente recherche est parvenue à la conclusion suivante, la motivation au travail des professionnels de santé

n'explique pas forcément et à elle seule, leur intention de quitter le système sanitaire. Sok, Blomme, De Ruyter, Tromp et Lub (2018) présentent l'existence d'un lien négatif entre les expériences de vie personnelle positives et l'intention de quitter l'organisation. Sans risque de se tromper, nous pouvons dire que ces résultats ne sont pas loin des nôtres. Rappelons que les résultats obtenus dans le présent travail révèlent que les conditions de travail ne sont pas positivement liées à l'intention de quitter, contrairement à ceux obtenus par Igalens (1999).

Il ressort de cette discussion que certaines variables ou concepts sont liés à l'intention de quitter l'organisation. On peut citer entre autres : l'insatisfaction, la motivation, les attentes de carrières, la satisfaction du salaire et (Wils et al., 1994), loyauté organisationnelle (Mowday et Steers, 1979), l'attachement à une carrière (Blau, 1988, Saba, Guérin et Wils, 1992), la réalisation des attentes, l'ancienneté, la supervision, etc. Par ailleurs, le milieu professionnel, le cadre de travail, le profil du salarié (Neveu, 1996) et dans une large mesure, le secteur d'activité influe de manière significative sur l'intention de quitter ou de rester dans l'organisation.

En comparant nos résultats à ceux des travaux antérieurs similaires, on note des divergences relatives au contexte et aux déterminants. Par exemple, ont été retenus dans ce travail, les professionnels de santé dans leur ensemble et leur motivation au travail, d'autres par contre, ont ciblé les infirmiers, les forces armées, les attentes des collaborateurs (Lafrenière-Carrier et al., 2018), la satisfaction, la qualité de vie au travail et l'engagement organisationnel (Degeyter, 2023), les pratiques de GRH dans un cadre bancaire (Barthélemy, 2019).

Au final, on retient de cette recherche comme contribution théorique, un nouveau modèle, applicable en milieu sanitaire. Ce modèle stipule que les professionnels de santé dans leur majorité ne veulent pas quitter leur milieu de travail, ceci en dépit des conditions de travail pas très attractives. Cette volonté de rester est due à certains facteurs intrinsèques, contextuels et de nature psychologique. Il s'agit de l'affection à la fonction médicale, de la vocation et de l'amour à la profession. Ces facteurs pouvaient évidemment, jouer un rôle modérateur.

Conclusion

Les ressources humaines en santé et le milieu hospitalier ont bénéficié ces dernières décennies d'une attention grandissante et toute particulière. Un nombre important de travaux de recherche ont été enregistrés, avec des problématiques portant par exemple sur le stress professionnel, la rémunération, l'engagement, l'implication, la satisfaction, la motivation, l'intention de quitter l'organisation, etc. En dépit du grand nombre de travaux réalisés, les débats ne sont pas clos et les précédents travaux de recherche n'ont pas pu vider les questionnements relatifs à la motivation au travail et à l'intention de quitter le milieu professionnel. Ainsi, la présente recherche vient contribuer aux plans théorique et managérial, en rebondissant sur ces sujets en d'autres mots et dans un autre contexte. Les résultats obtenus révèlent que les professionnels de santé interrogés rencontrent des difficultés (effectif RHS insuffisant, matériels et infrastructures sanitaires insuffisants, cadre et conditions de travail pas enviables, plateau technique vétuste et inadapté, salaire très bas, etc.) dans l'exercice de leur fonction médicale. Paradoxalement, nonobstant ces difficultés, les professionnels de santé interrogés se disent motivés et n'ont pas du tout l'intention de quitter le système de santé.

Par ailleurs, les limites de ce travail, sont surtout d'ordres théorique et méthodologique. D'abord, il serait difficile de penser à une généralisation de nos résultats. Ensuite, il convient de retenir le manque de prise en compte du personnel non soignant et le fait de ne pas convoquer d'autres théories. Enfin, une autre limite serait de s'intéresser à la relation entre l'intention de quitter et le type de contrat de travail ; mais aussi l'intention de départ et le genre. En ce qui concerne les apports managériaux, on évoque entre autres l'identification et le recensement des maux et défis auxquels sont confrontés les systèmes de santé des pays en voie de développement en général et celui du Togo en particulier. Et d'autre part, le comportement planifié et paradoxal des professionnels de santé face aux déterminants de leur motivation au travail.

Différentes implications managériales sont tirées des résultats de cette recherche. Nous proposons au système de santé en général et celui du Togo en particulier ce qui suit : (i) mettre en place un management participatif dans les milieux hospitaliers, comme le propose

Colombat et al. (2020), favorisant les échanges, l'écoute et la communication plus authentiques ; (ii) offrir aux professionnels de santé un cadre de travail sain, plus protecteur et des conditions de travail plus attractives ; (iii) mettre en place des mécanismes structurants de motivation ; (iv) créer un cadre de travail favorisant l'autonomie des professionnels de santé (Skår, 2010).

En guise de prolongement, cette même étude pouvait être menée en intégrant dans l'échantillon, le personnel non soignant du système de santé, afin d'apprécier leur intention de quitter et ceci à des fins de comparaison avec le personnel soignant.

Bibliographie

- Abualrub R. F., Omari, F. H., & Al-zaru, I. M. (2009). Support, satisfaction and retention among Jordanian nurses in private and public hospitals. *International Nursing Review*, 56(3), 326-332.
- Belrhiti Z. (2013), *Les facteurs de motivation des soignants*, étude marocaines, dossier n° 529, octobre 2013.
- Choi Y. et al. (1999), « The Model of Followers' Responses to Self-Sacrificial Leadership : An Empirical Test », *The Leadership Quarterly*, vol. 10, n° 3, pp. 397-421.
- Commeiras N., & Fournier, C. (1998). L'influence de l'ambiguïté de rôle et de l'implication organisationnelle sur l'intention du vendeur de quitter l'entreprise : une vision enrichie des relations. *IXème Congrès de l'AGRH*. Versailles.
- Colle R., & Moisson, V. (2007). L'impact du stress professionnel et du déséquilibre effort/récompense sur l'intention de départ des infirmières. *XVIIIème Congrès de l'AGRH*. Fribourg.
- Colombat P., Altmeyer, A., & Bauchet, C. (2020). Après la crise du Covid : vers la démarche participative d'équipe: Approche éthique d'un modèle organisationnel. *Laennec*, 68(3), 15.
- Dalton D.R. et al. (1999), « Number of Directors and Financial Performance : A Meta-Analysis », *The Academy of Management Journal*, vol. 42, n° 6, pp. 674-686.
- Dany F. et Livian Y.-F. (2002), *La nouvelle gestion des cadres, Employabilité*,

- individualisation et vie au travail*, Paris, Vuibert, Collection Entreprendre.
- Daou A. et al. (2022), « Impact de la gestion des carrières sur la motivation des professionnels des établissements publics de santé au Mali : cas des professionnels du CHU Point G », *Revue Malienne de Science et de Technologie*, Vol. 03, n° 28, pp. 15-26.
- Deci E. L. (1980). *The psychology of self-determination*. Lexington, (M.A.) : D.C. Heath.
- Deci E. L., et Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New-York : Plenum Press.
- Deci E. L., et Ryan, R. M. (1991). *A motivational approach to self : Integration in personality*. In R. Dienstbier (Ed), *Nebraska symposium on motivation : Vol. 38. Perspectives on motivation*. Lincoln, NE : University of Nebraska Press.
- Deci E. L., et Ryan, R. M. (2002). *Handbook of self-determination research*. Rochester, New-York : University of Rochester Press.
- Degeyter S. (2023), « *Y a-t-il une association entre qualité de vie au travail, engagement organisationnel et intention de quitter la profession infirmière en milieu hospitalier ?* », Mémoire de Master en sciences de la santé publique, Université de Louvain (2022-2023).
- Fishbein M. et Ajzen I. (2011), *Predicting and Changing Behavior: The Reasoned Action Approach*, New York, Taylor & Francis.
- Flick U. et al, (2012), *I can't prescribe something just because someone asks for it... using mixed methods in the framework of triangulation*. *Journal of Mixed Methods Research*, 6 (2), 97-110.
- Giraud L. (2015), « *L'intention de quitter l'entreprise : une approche par l'étape de carrière* », *Revue de gestion des ressources humaines*, vol. 3, n° 97, pp. 58-86.
- Grawitz M., (1996), « *Méthodes des sciences sociales* », Paris, Dallos.
- Lafrenière-Carrier B. et al., (2018), « *Mesurer l'intention de rester ou l'intention de quitter... telle est la question !* *Humain et organisation*, vol. 4, n° 1, pp. 26-36.
- El akremi A., Guerrero, S., & Neveu, J-P. (2006). *Comportement organisationnel. Volume 2, justice organisationnelle, enjeux de carrière et épuisement professionnel*. Bruxelles : De

Boeck.

Herzberg F. (1971), « Le travail et la nature de l'homme », Paris, EME.

Jiang K. et al. (2012), « When and how is job embeddedness predictive of turnover ? A meta-analytic investigation », *Journal of Applied Psychology*, vol. 97, n° 5, p. 1077-1096.

Igalens J. (1999), « Cent ans de gestion du travail », *Revue Française de Gestion*, Novembre-Décembre, pp. 14-23.

Igalens J. (1999), « Turn-over », in Le Duff R. (sous la direction de), *Encyclopédie de Gestion et du Management*, EGM, Dalloz, p.1255.

March J.G. and Simon H.A. (1958), *Organizations*, New York, Wiley,

Mobley W. H., Horner S. O. et Hollingsworth A. T. (1978), « An evaluation of precursors of hospital employee turnover », *Journal of Applied Psychology*, vol. 63, n° 4, pp. 408-414.

Neveu J.-P. (1996). *La démission du cadre d'entreprise : étude sur l'intention de départ volontaire*. Paris : Economica.

Pelaccia T. et al. (2017), « Medical in motivation éducatif », *Med Teach*, vol. 39, n° 2, pp. 136-140.

Price J.L. (1977), *The Study of Turnover*. Iowa State, University Press, Ames.

Rhnama A. et al. (2014), « Conflits travail-famille et intention de quitter dans le domaine de la santé », *Relations industrielles*, vol. 69, n° 3, pp. 477-500.

Robert V. et Vandenberg C. (2017). « Ouverture à l'expérience, engagement et intention de quitter : l'effet modérateur des opportunités de carrière », *Le travail humain*, tome 80, n°4/2017, 337-366.

Ryan R. M. (1995). The integration of behavioral regulation within life domains. *Journal of Personality*, 63, 397-428.

Skår R. (2010). The meaning of autonomy in nursing practice. *Journal of clinical nursing*, 19(15-16), 2226-2234.

Sok J. et al. (2018), « Home to work spillover and turnover intentions. European », *Journal of Training and Development*, vol. 42, n° 3/4, p. 246-265.

Steers R.J. et Mowday R.T. (1981), *Employee Turnover and Post-decision Accomodation*

- Processes, Research in Organizational Behavior. L.L. Cummings and B.L. Staw, dir. Greenwich : JAI Press, 235-281.
- Thietart R., (2003), « *Méthodes de recherche en Management* », Paris, Dunod.
- Thevenet M., & Vachette, J.-L. (1992). *Culture et comportements*. Paris : Vuibert.
- 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*, vol. 46, n° 2, pp. 259-293.
- Toussaint V. et al., (2013), « Impact de la motivation autodéterminée et de l'engagement affectif sur l'intention de rester : une étude chez les militaires », *Psychologie du Travail et des Organisations*, vol. 19, n° 1, pp. 5-22.
- Zedini C. et al., (2016), « Les facteurs de motivation au travail chez les cadres paramédicaux dans un hôpital tunisien », *Santé publique*, vol. 28, n° 5, pp. 613-622.
- Zimmerman R. D. (2008). Understanding the impact of personality traits on individuals' turnover decisions : A meta-analytic path model. *Personnel Psychology*, 61(2), 309-348.
- Zimmerman B. J., & Moylan, A. R. (2009), « Self-regulation: Where metacognition and motivation intersect. In D. J. Hacker, J. Dunlosky, & A. C. Graesser (Eds.) », *Handbook of metacognition in education* (pp. 299-315).
- Vallerand R. J. et Thill E. E. (1993), *Introduction à la psychologie de la motivation*, Laval : Éditions Études Vivantes.
- Wacheux F. (1996), « *Méthodes qualitatives de recherches en gestion* », Economica : Paris, p. 290.
- Wils T. et al. (1994), « Facteurs explicatifs des intentions de quitter des cadres : l'importance de la carrière », *Relations industrielles*, vol. 49, n° 1, pp. 152-159.