



Proposition et validation d'un nouveau modèle sur l'intention de quitter des omnipraticiens

Thèse

Caroline Alexandra Mathieu

Doctorat en sciences de l'administration - Management
Philosophiae Doctor (Ph.D.)

Québec, Canada

© Caroline Alexandra Mathieu, 2016

Résumé

La pénurie de médecins est une problématique que partagent plusieurs pays. Le Canada et particulièrement la province de Québec ne font pas exception à cette pénurie. Cette situation nous a amené à vouloir mieux comprendre le processus de la rétention des médecins, en particulier chez les omnipraticiens. La littérature ne semble pas suggérer de modèle sur la rétention en lien avec une population de médecins. Cette thèse comble, entre autres, cette lacune en suggérant une extension à un modèle de base sur le stress (Job Demands-Resources : JD-R) en y ajoutant le conflit travail-famille (CTF) et en l'appliquant à l'intention de quitter des omnipraticiens. Cette thèse vise donc à comprendre les phénomènes qui expliquent les relations entre le CTF, les exigences et les ressources au travail et l'intention de quitter chez les omnipraticiens.

Le premier article de thèse est une recension des écrits sur les sujets du modèle JD-R, du CTF et de l'intention de quitter des médecins, menant à la proposition du nouveau modèle : Conflit exigences-ressources (CE-R). Dans le deuxième article, l'utilisation de modélisation par équations structurelles permet de vérifier la performance du nouveau modèle proposé et confirme les relations significatives entre les exigences/ressources au travail, le CTF et l'intention de quitter. L'effet structurel des exigences au travail sur l'intention de quitter l'emploi chemine en premier lieu à travers le CTF, puis à travers l'engagement et l'épuisement. De plus, les résultats soulignent l'importance de la satisfaction au travail et du CTF dans le modèle CE-R sur l'intention de quitter des omnipraticiens. Le troisième et dernier article propose l'élaboration d'une typologie sur l'intention de quitter qui se base sur le CTF et les ressources au travail comme dimensions expliquant ce phénomène. Les régressions logistiques multinomiales permettent de suggérer que la satisfaction liée aux exigences en emploi, l'épuisement, l'environnement de travail, l'âge et le fait d'avoir des enfants contribuent à expliquer de façon significative la probabilité que les médecins se retrouvent dans le groupe affichant une intention de quitter la plus faible.

Abstract

The shortage of physicians is a problem faced by many countries. Canada and particularly the province of Quebec are no exceptions to this shortage. This situation has led us to want to better understand the process of physician retention, particularly among general practitioners. The literature does not seem to suggest a specific model for this population. This thesis fills this gap by suggesting an extension to an existing model based on stress (Job Demands-Resources: JD-R) by adding work-family conflict (WFC) and applying it to the intent to leave of general practitioners. Therefore, this thesis aims to understand the phenomena that explain the relationship between WFC, demands and resources at work and the intent to leave of general practitioners.

The first paper of the thesis is a literature review on the subjects of the JD-R model, WFC and the physicians' intent to leave, leading to the proposal of a new model: Demands-Resources Conflict (D-RC). In the second paper, the use of structural equations modeling allows us to verify the performance of the new proposed model and confirms the significant relationship between job resources and job demands, WFC and intent to leave. The structural effect of the job demands on the intent to leave this job travels first through WFC, then through commitment and exhaustion. In addition, it suggests the importance of job satisfaction and of WFC in the D-RC model on the intent to leave of general practitioners. The third and last paper proposes the development of a typology on the intent to leave based on the WFC and the satisfaction of job resources as dimensions explaining this phenomenon. Multinomial logistic regressions allow us to suggest that satisfaction related to job demands, to exhaustion, to the work environment, to age and to having children help significantly explain the likelihood that physicians will end up in the group showing the lowest intent to leave.

À mes parents, pour leur amour et leur soutien tout au long de mon parcours d'études,

À mon conjoint, pour sa compréhension et son soutien financier qui m'ont permis de mener à terme ce projet de doctorat,

À ma sœur, pour son écoute et son amour inconditionnel,

À mes deux trésors, Sacha et Victoria, qui m'ont donné le courage et l'espoir d'aller de l'avant. Il n'est jamais trop tard pour poursuivre nos rêves !

Table des matières

RÉSUMÉ	III
ABSTRACT	V
TABLE DES MATIÈRES	IX
Liste des tableaux.....	XIII
Liste des figures.....	XV
REMERCIEMENTS	XVII
AVANT-PROPOS.....	XIX
PUBLICATIONS ISSUES DE LA THÈSE	XXI
CHAPITRE I : INTRODUCTION ET OBJECTIFS DE RECHERCHE.....	1
1.1. PROBLÉMATIQUE ACTUELLE : LA SITUATION DES MÉDECINS CANADIENS ET QUÉBÉCOIS	3
1.1.1. <i>Le principal défi du système de santé québécois : fournir un médecin de famille à tous les citoyens</i>	5
1.1.2. <i>Piste de solutions : conserver les omnipraticiens en poste</i>	7
1.2. CADRE CONCEPTUEL : PRÉSENTATION DES SIX CONSTRUICTS DE LA THÈSE	9
1.2.1. <i>Le stress, la théorie de la conservation des ressources et le modèle théorique du Job Demands-Resources (JD-R)</i>	10
1.2.2. <i>La perspective de la théorie des rôles (« Role Stress Theory ») et le concept du conflit travail-famille (CTF)</i>	15
1.2.3. <i>Le concept de l'intention de quitter et ses modèles théoriques</i>	19
1.3. OBJECTIFS DE RECHERCHE ET STRUCTURE DE LA THÈSE.....	26
1.3.1. <i>Présentation des trois articles</i>	28
CHAPITRE II : (ARTICLE 1) UNE RECENSION DES ECRITS ET LA PROPOSITION D'UN NOUVEAU MODELE.....	31
2.1. CADRE CONCEPTUEL GÉNÉRAL SUR LE STRESS.....	35
2.1.1. <i>Risques psychosociaux chez les omnipraticiens</i>	39
2.1.1.1. <i>Exigences au travail</i>	39
2.1.1.2. <i>Ressources au travail</i>	44
2.1.1.3. <i>Conséquences de l'exposition au déséquilibre exigences-ressources</i>	47
2.2. LE CONFLIT TRAVAIL-FAMILLE (CTF).....	57
2.2.1. <i>Les prédicteurs du conflit travail-famille</i>	63
2.2.2. <i>Les conséquences du conflit travail-famille</i>	66
2.3. L'APPLICATION DU MODÈLE THÉORIQUE DU JOB DEMANDS-RESOURCES AU CONFLIT TRAVAIL-FAMILLE	68
2.4. LES PRÉDICTEURS DE L'INTENTION DE QUITTER	70
2.5. LACUNE DE CES MODÈLES EN TERMES DE PERSPECTIVES PRÉVENTIVES... ..	72
2.5.1. <i>Modèle de prévention au moyen des contraintes/ressources au travail</i>	74
2.5.1. <i>Modération et médiation</i>	75

2.6. CONCLUSION.....	77
CHAPITRE III : METHODOLOGIE GENERALE DE LA RECHERCHE ET ANALYSES STATISTIQUES DESCRIPTIVES	79
3.1. ÉCHANTILLON	79
3.2. TAUX DE RÉPONSE.....	80
3.3. INSTRUMENTS DE MESURE.....	81
3.3.1. <i>Mesure de l'intention de quitter son emploi (variable dépendante)</i>	82
3.3.2. <i>Mesures des variables indépendantes</i>	83
3.3.3. <i>Données sociodémographiques</i>	88
3.3.4. <i>La population étudiée</i>	88
3.4. BIAIS DES NON-RÉPONDANTS	96
3.5. BIAIS DE VARIANCE COMMUNE.....	97
CHAPITRE IV : (ARTICLE 2) VALIDATION D'UN NOUVEAU MODELE SUR L'INTENTION DE QUITTER DES OMNIPRATICIENS A L'AIDE D'EQUATIONS STRUCTURELLES	99
4.1. OBJECTIF GÉNÉRAL DE CET ARTICLE	103
4.2. CADRE THÉORIQUE.....	104
4.2.1. <i>L'intention de quitter</i>	104
4.2.2. <i>Le conflit travail-famille (CTF) comme prédicteur de l'intention de quitter...</i>	105
4.2.3. <i>Le Job Demands-Resources Model (JD-R)</i>	106
4.2.4. <i>Du modèle JD-R au conflit travail-famille</i>	108
4.2.5. <i>Du conflit travail-famille à l'intention de quitter, en circulant par l'épuisement et l'engagement</i>	109
4.2.6. <i>De l'épuisement et de l'engagement au travail vers une intention de quitter..</i>	110
4.3. MÉTHODOLOGIE.....	114
4.3.1. <i>Données</i>	114
4.3.2. <i>Mesures des variables</i>	116
4.3.3. <i>Les statistiques descriptives de l'échantillon</i>	119
4.3.4. <i>Analyses statistiques</i>	119
4.4. RÉSULTATS	121
4.4.1. <i>Les résultats des équations structurelles</i>	121
4.4.2. <i>Relations entre les variables</i>	126
4.5. DISCUSSION ET CONCLUSION.....	137
4.6. LIMITES ET RECHERCHES FUTURES	142

CHAPITRE V : (ARTICLE 3) PROPOSITION D'UNE TYPOLOGIE POUR COMPRENDRE L'INTENTION DE QUITTER DES OMNIPRATICIENS145

5.1. INTRODUCTION.....	147
5.2. L'INTENTION DE QUITTER.....	151
5.2.1. <i>Le Job Demands-Resources Model et l'intention de quitter.....</i>	<i>152</i>
5.2.2. <i>Les dimensions principales de l'intention de quitter.....</i>	<i>153</i>
5.3. LA PRÉSENTATION DE LA TYPOLOGIE ET LES VARIABLES EXPLICATIVES	156
5.3.1. <i>Présentation de la typologie.....</i>	<i>156</i>
5.3.2. <i>Les variables indépendantes du modèle JD-R.....</i>	<i>162</i>
5.3.3. <i>Les facteurs liés au travail.....</i>	<i>163</i>
5.3.4. <i>Les facteurs personnels.....</i>	<i>165</i>
5.4. MÉTHODOLOGIE.....	167
5.4.1. <i>Mesures des variables.....</i>	<i>168</i>
5.4.2. <i>Procédures et participants.....</i>	<i>172</i>
5.4.3. <i>Statistiques descriptives.....</i>	<i>174</i>
5.5. LE MODÈLE EMPIRIQUE ET LES RÉSULTATS.....	175
5.5.1. <i>Spécifications du modèle logistique multinomial.....</i>	<i>176</i>
5.5.2. <i>Résultats des régressions logistiques multinomiales.....</i>	<i>177</i>
5.6. DISCUSSION ET CONCLUSION.....	180
5.7. IMPLICATIONS MANAGÉRIALES.....	182
5.8. LIMITES ET FUTURES RECHERCHES.....	185

CHAPITRE VI : CONCLUSION GENERALE, CONTRIBUTIONS ET LIMITES189

6.1. CONTRIBUTIONS.....	191
6.2. PISTES DE SOLUTIONS ET IMPLICATIONS MANAGÉRIALES.....	196
6.3. LIMITES ET PISTES POUR FUTURES RECHERCHES.....	198
BIBLIOGRAPHIE.....	205
ANNEXES.....	245
<i>Annexe A : Définitions opérationnelles des variables et leur consistance interne.....</i>	<i>245</i>
<i>Annexe B : Descriptions des instruments et leur unidimensionnalité.....</i>	<i>246</i>
<i>Annexe C : Définitions des variables et les descriptions statistiques.....</i>	<i>249</i>
<i>Annexe D : Corrélations entre les variables continues.....</i>	<i>250</i>
<i>Annexe E : Copie du questionnaire de recherche et formulaire de consentement.....</i>	<i>251</i>
<i>Annexe F : Copie du premier article de thèse publié en janvier 2013.....</i>	<i>258</i>
<i>Annexe G : Copie du troisième article de thèse soumis en 2015.....</i>	<i>283</i>

Liste des tableaux

Tableau 1. <i>Résumé des lacunes des recherches sur le JD-R, CTF et intention de quitter</i>	74
Tableau 2. <i>Présentation des items de la satisfaction face aux exigences et aux ressources au travail et leur coefficient de saturation</i>	87
Tableau 3. <i>Résumé des données sociodémographiques des répondants</i>	88
Tableau 4. <i>Comparaison des moyennes entre les répondants au niveau du genre (test-t pour l'égalité des moyennes)</i>	93
Tableau 5. <i>Test des différences de moyennes avec le test de Duncan et le test de Tamhane au niveau des groupes d'âge</i>	94
Tableau 6. <i>Comparaison des moyennes du total de la variable « intention de quitter » dans l'échantillon des répondants hâtifs et celui des répondants tardifs (Independent-samples T test)</i> ...	97
Tableau 7. <i>Comparaison des analyses factorielles confirmatoires</i>	98
Tableau 8. <i>Les définitions des différentes variables latentes et leur composition</i>	111
Tableau 9. <i>Les effets directs entre les variables avec des coefficients standardisés</i>	127
Tableau 10. <i>Les effets totaux entre les variables avec des coefficients standardisés</i>	128
Tableau 11. <i>Résumé des hypothèses de cet article et les résultats s'y rattachant</i>	136
Tableau 12. <i>L'opérationnalisation des quatre profils d'omnipraticiens par rapport à leur intention de quitter</i>	158
Tableau 13. <i>Comparaison de l'intention de quitter des omnipraticiens selon les profils (test de Tamhane)</i>	161
Tableau 14. <i>Répartition des répondants</i>	175
Tableau 15. <i>Modèle logistique multinomial qui explique l'intention de quitter des omnipraticiens</i>	177
Tableau 16. <i>Contributions de la thèse de doctorat</i>	193

Liste des figures

Figure 1. Illustration de l'incompatibilité de la pression des rôles entre le travail et la vie familiale.	16
Figure 2. Un tableau résumé sur les modèles concernant le départ du personnel de 1985 à 2008..	23
Figure 3. Un modèle de stress.	35
Figure 4. Le modèle JD-R.	37
Figure 5. Un cadre conceptuel général pour caractériser les modèles théoriques de la santé au travail.	38
Figure 6. Modèle du conflit travail-famille.	59
Figure 7. Les prédicteurs du conflit travail-famille provenant de la littérature, regroupés en quatre catégories.	65
Figure 8. Les variables influencées par le conflit travail-famille dans la littérature.	68
Figure 9. Modèle basé sur le JD-R illustrant les liens possibles entre les exigences et les ressources au niveau du travail et familial et le CTF.	69
Figure 10. Les différents prédicteurs de l'intention de quitter des médecins.	72
Figure 11. Basé sur le JD-R, le nouveau modèle proposé sur le CTF et « l'intention de quitter » pour les omnipraticiens du Québec : le modèle « Conflit Exigences-Ressources ».	75
Figure 12. Modèle modérateur.	76
Figure 13. Modèle médiateur.	77
Figure 14. La répartition des omnipraticiens de 1998 à 2014, selon le genre.	89
Figure 15. La répartition des omnipraticiens de 1998 à 2014, selon le groupe d'âge.	90
Figure 16. Le nouveau modèle proposé sur le CTF et « l'intention de quitter » pour les omnipraticiens du Québec : le modèle « Conflit Exigences-Ressources ».	103
Figure 17. Le modèle opérationnel du Conflit Exigences-Ressources.	113
Figure 18. Le modèle simplifié pour les analyses sur le Conflit Exigences-Ressources.	121
Figure 19. Les résultats du modèle CE-R simplifié.	125
Figure 20. Les résultats du modèle CE-R perfectionné.	126
Figure 21. Les résultats des effets directs et indirects du CTF sur l'intention de quitter.	130
Figure 22. Les résultats des effets directs et indirects de la satisfaction face aux ressources au travail sur l'intention de quitter.	133
Figure 23. Les résultats des effets directs et indirects de la satisfaction face aux exigences au travail sur l'intention de quitter.	135
Figure 24. Les quatre profils d'omnipraticiens.	159
Figure 25. Graphiques de normalité du construit de l'intention de quitter des omnipraticiens.	160
Figure 26. Le résumé des relations entre les variables exploratoires et la variable dépendante.	167

Remerciements

Durant la préparation de cette thèse, j'ai bénéficié de l'appui de nombreuses personnes qui ont fait preuve de dévouement à mon égard. Je dois tout d'abord remercier Dr Nabil Amara, grâce à qui le chemin de la réalisation de ce projet s'est avéré aussi positif qu'agréable. Il a su me transmettre la motivation nécessaire et me guider à travers les étapes du développement de cette thèse tout en respectant mes choix et mes idées. Je ne saurais trop souligner l'importance du temps qu'il a consacré à suivre la progression de mes travaux aux différentes étapes de leur élaboration et les vifs encouragements qu'il s'est efforcé de m'offrir : « Le doctorat n'est pas la fin », disait-il sur mon objectif d'obtenir ce diplôme, « il est plutôt le début d'une belle carrière ».

Je tiens également à remercier Dre Caroline Biron qui a su me transmettre ses connaissances avec une grande ouverture d'esprit. Sa grande compréhension des différents sujets de ma thèse m'a permis d'être bien orientée vers les éléments importants à considérer. Merci pour la patience et le temps investi à lire mes différentes ébauches. Elle a su me transmettre le souci du détail. Je remercie également un membre du jury de mon comité de thèse : Dr Michel Vézina, pour ses commentaires constructifs et ses suggestions grâce auxquels cette thèse s'est vue améliorée.

J'exprime aussi ma gratitude au Docteur Serge Dulude et Madame Marianne Casavant de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. Ceux-ci ont eu l'amabilité de bien vouloir m'accorder de leurs précieux temps pour me rencontrer et me permettre d'effectuer ma collecte de données auprès de leurs membres. Leur accueil enthousiaste a été très apprécié.

Finalement, je tiens à exprimer ma pleine et entière reconnaissance à mes parents, mon conjoint ainsi qu'à mes enfants; sans leur soutien indéfectible, rien de tout cela n'aurait été possible.

Caroline Alexandra Mathieu
Québec, Canada

Avant-propos

Cette thèse a pour objectif principal de comprendre les phénomènes qui expliquent les relations entre le conflit travail-famille, les exigences et les ressources au travail et l'intention de quitter chez les omnipraticiens. Cette thèse s'inscrit comme étant une thèse par articles. Elle est donc composée d'articles qui sont soumis ou prêts à l'être pour des publications dans une revue avec arbitrage. Par contre, les trois articles ont des recensions des écrits qui ont une base commune, étant donné qu'ils étudient les mêmes phénomènes. Le premier article de cette thèse est justement une recension des écrits à partir de laquelle des lacunes ont été relevées. Pour y répondre, des objectifs spécifiques ont été articulés et deux articles empiriques ont été élaborés (articles 2 et 3).

L'objectif du premier article de thèse est d'effectuer une recension des écrits sur le phénomène de l'intention de quitter des médecins et de proposer un nouveau modèle sur leur intention de quitter pour répondre à leur réalité. Ce premier article a fait l'objet d'une présentation orale lors du Congrès *International Academy of Business and Economics* à Orlando, en Floride, en mars 2013. Ce premier article a également été publié en janvier 2013 :

Mathieu, C. A., Biron, C., Mathieu, C. (2013). Application of the Job Demands-Resources Model to Family Physicians and their Intent to leave: Proposal of a New Model. *European Journal of Business Research*, 13 (1), 37-60.

Cet objectif de la proposition d'un nouveau modèle sur l'intention de quitter des omnipraticiens a conduit à vouloir étudier davantage les liens entre les différents phénomènes relevés dans le modèle. Le deuxième article est articulé autour de l'objectif de vouloir vérifier la performance du nouveau modèle proposé en utilisant la modélisation à l'aide d'équations structurelles. Cette thèse s'intéresse particulièrement à l'intention de quitter des omnipraticiens québécois et les analyses ont été effectuées auprès d'un échantillon de 1069 omnipraticiens qui pratiquent dans la province de Québec. Cet article a été soumis pour publication dans le journal *Relations industrielles/ Industrial Relations*. Suivant la théorie de l'action raisonnée qui explique l'intention de quitter, il est important de comprendre ce phénomène à l'aide de la contribution d'un construit hors travail comme celui du conflit travail-famille (Steel & Lounsbury, 2009). L'implication du CTF dans la compréhension du processus de l'intention de quitter tarde à être utilisée dans d'autres modèles, par contre, il

est pourtant un mécanisme important qui affecte bien ce phénomène (Hom & Kinicki, 2001). De plus, les mécanismes secondaires qui ont été trouvés comme étant indispensables à la compréhension de l'intention de quitter comme la satisfaction des ressources sera également utilisée dans cet article. En suivant le modèle de base sur le stress JD-R, le troisième article de cette thèse a comme objectif de mieux comprendre l'interaction de certaines variables indépendantes (épuiement, engagement, satisfaction face aux exigences au travail, genre, âge, avoir des enfants à charge) sur leur intention de quitter. Ce troisième article a été soumis pour publication au *Human Resource Management Journal*. Il est actuellement soumis aux évaluateurs de ce journal.

La thèse est composée de six chapitres. Le premier chapitre présente l'introduction. Dans ce chapitre, la problématique, la situation des médecins québécois et les objectifs de la thèse sont exposés. C'est la problématique du manque d'omnipraticiens au Québec qui nous amène à notre deuxième chapitre qui recense la littérature sur le sujet de l'intention de quitter des médecins et sur les concepts clés de cette étude. En s'intéressant aux conditions de travail des médecins, plus spécifiquement aux ressources et aux exigences au travail, le modèle sur le stress *Job Demands-Resources model* sert de base à la compréhension des différents concepts menant à l'intention de quitter : engagement au travail, épuiement, conflit travail-famille. Ce deuxième chapitre conclut en proposant un nouveau modèle intégrateur : le conflit exigences-ressources (CE-R). C'est à partir de ce chapitre qu'a été conçu le premier article de la thèse qui a été publié en 2013. Le troisième chapitre se consacre uniquement à la méthodologie générale de la thèse en décrivant l'échantillon utilisé, le taux de réponse et les instruments de mesures. De plus, ce chapitre expose l'absence de problème relié aux biais des non-répondants et des variances communes. Les éléments méthodologiques de ce chapitre sont repris dans les deux volets empiriques (articles 2 et 3), étant donné qu'il s'agit de la même base de données. Les deux volets empiriques de cette recherche, c'est-à-dire les deuxième et troisième articles de cette thèse, sont respectivement présentés aux chapitres quatre et cinq. Le chapitre quatre sert à valider la performance du nouveau modèle proposé en utilisant une modélisation à l'aide d'équations structurelles. Le cinquième chapitre propose une typologie pour expliquer quelles variables influencent les omnipraticiens à se trouver dans le groupe des médecins qui sont davantage stables plutôt que dans les trois autres groupes plus volatiles. Le sixième et le dernier chapitre de cette thèse présente la conclusion

générale de l'ensemble de la thèse qui stipule que le nouveau modèle proposé est performant et qu'il permet de mieux comprendre le phénomène de l'intention de quitter des médecins. Plus précisément, les contributions, les implications pour les décideurs et les limites de l'étude y sont présentées.

Publications issues de la thèse

Article 1 (publié):

Mathieu, C. A., Biron, C., Mathieu, C. (2013). Application of the Job Demands-Resources Model to Family Physicians and their Intent to leave: Proposal of a New Model. *European Journal of Business Research*, 13 (1), 37-60

Article 2 (soumis):

Mathieu, C. A., Biron, C., Amara, N. (à venir). Validation d'un nouveau modèle sur l'intention de quitter des omnipraticiens à l'aide d'équations structurelles. Soumission pour publication dans *Relations industrielles*.

Article 3 (soumis):

Mathieu, C. A., Amara, N., Biron, C. (à venir). Proposal of a typology to understand the intention to leave of general practitioners. Soumission pour publication dans *Human Resource Management Journal*.

Conférences issues de la thèse

Mathieu, C. A., Biron, C., Mathieu, C. (2013). Application of the Job Demands-Resources Model to Family Physicians and their Intent to leave: Proposal of a New Model, Congrès *International Academy of Business and Economics*, Orlando, Floride, mars 2013.

Mathieu, C. et Mathieu C. A. (2013). Determinants of Physicians' Psychological Distress: Taking into Account Generational Differences. Oral presentation, The 10th Annual Conference on Occupational Health and Stress, Los Angeles, California, May 16-19.

Chapitre I : Introduction et objectifs de recherche

La rétention du personnel s'avère un enjeu d'importance aujourd'hui, dans un contexte où la globalisation et l'ouverture sur le monde offrent aux individus des opportunités d'emplois aussi nombreuses que diversifiées. Pour faire face au défi de la rétention, les organisations se voient contraintes de remettre en question leur conception même du travail. Bien que la rétention du personnel soit devenue l'un des sujets les plus populaires dans les recherches organisationnelles depuis les cinq dernières décennies (Holtom, Mitchell, Lee, & Eberly, 2008), il y a déjà plus de cent ans qu'est étudiée l'intention de quitter de façon volontaire (Slichter, 1919). Les chercheurs se sont d'abord intéressés aux prédicteurs de l'intention de quitter dans les modèles empiriques (Griffeth, Hom, & Gaertner, 2000) et par la suite aux raisons propres à certains groupes d'employés afin de mieux comprendre ce qui les incite à vouloir quitter (Maertz, Stevens, & Campion, 2003; Westaby, 2005). Les avancées des recherches sur la rétention du personnel s'accompagnent d'un certain effritement du consensus théorique autour des notions d'intention de quitter ou du départ en tant que tel (Holtom, 2008), alors que certains modèles portent plutôt sur les « processus » qui décrivent la suite des différentes phases que traversent les individus qui en arrivent à vouloir quitter, d'autres s'orientent plutôt vers le « contenu » et tentent de comprendre les raisons motivant les individus à quitter les organisations (Steel, 2002).

Bien que les coûts associés au roulement de personnel varient d'un pays à l'autre (Hinkin & Tracey, 2000), il importe de déployer les efforts nécessaires à la rétention des individus clés. En vue de retenir leurs employés, nombre d'entreprises ont implanté des politiques et des pratiques en ressources humaines (Hom, Roberson, & Ellis, 2008; Kacmar, Andrew, Van Rooy, Steilberg, & Cerrone, 2006). Certaines professions ayant fait l'objet de peu de recherches, on constate chez elles un déficit de politiques ou de pratiques en ressources humaines visant à promouvoir la rétention de personnel. Parmi ces populations peu étudiées, on compte les médecins qui sont difficiles à recruter (Baltagi, Bratberg, & Holmas, 2005), professionnels clés qu'il est impératif de voir demeurer en poste en raison de l'actuelle pénurie qui sévit dans les systèmes de santé. De plus, la durée et le coût associés à la formation de ces professionnels limitent le nombre de finissants et exercent une pression

négative sur l'insertion de nouveaux médecins dans le marché de l'emploi. Cette thèse se concentre sur le sujet de la rétention des omnipraticiens, plus particulièrement sur leur intention de quitter.

Malgré les modélisations théoriques nombreuses et diversifiées dont fait l'objet le phénomène de la rétention du personnel, les cadres conceptuels utilisés lors des recherches antérieures pourraient être bonifiés de manière à correspondre plus fidèlement à la réalité des travailleurs. Pour être adéquate, l'évaluation d'un modèle sur l'intention de quitter nécessite, de la part des chercheurs, une adaptation en fonction de l'environnement spécifique dans lequel évolue un groupe de travailleurs donné afin d'appréhender la complexité de leur situation (Holtom, 2008). Ceci pose un défi considérable au développement des connaissances et des pratiques, car un modèle devient alors distinctif à la population à l'étude. Les modèles actuels paraissent particulièrement problématiques au regard de la rétention des médecins, étant donné le peu d'études dont cette population a fait l'objet. Des études spécifiques sur un modèle portant sur la rétention des médecins semblent absentes de la littérature. Cette thèse répond à cette lacune d'absence de modèle de rétention auprès des médecins en proposant un nouveau modèle propre à cette population.

Le manque de médecins est une réalité commune à plusieurs pays tels que les États-Unis, la Finlande, le Royaume-Uni, la Suède et le Canada (Latour, 2003). Aux États-Unis, les exigences élevées et grandissantes pour le médecin deviendraient à l'origine d'un manque probable de médecins (Salsberg & Grover, 2006). En Finlande, le nombre de médecins travaillant principalement dans le secteur privé a augmenté de manière considérable (près de 50 %) depuis les années 90, et ce, au détriment du système public (Statistics about Physicians, 2004). Le système de santé finlandais affiche des caractéristiques semblables aux autres pays scandinaves, au Royaume-Uni ainsi qu'au Canada, en matière de structure institutionnelle et de financement. La plupart des services de santé sont desservis par le système public et sont principalement financés par le système de taxation. Le renouvellement de la main-d'œuvre qui quitte de façon volontaire représente une source de coûts potentiels pour les organismes sur le plan des ressources humaines et entraîne des ruptures d'activités continues. La Suède, à l'instar des pays susmentionnés, rencontre également le problème du manque de médecins et connaît des difficultés à maintenir en poste le personnel qualifié.

Le phénomène du renouvellement de la main-d'œuvre a attiré l'attention de chercheurs issus de nombreux domaines, celui de la psychologie en particulier (Hellman, 1997; Tett & Meyer, 1993). Ces études ont souvent pris pour objet d'analyse l'impact de la satisfaction et des attitudes au travail des employés sur leur intention de quitter, sans toutefois aborder le problème à la source ni tenter de comprendre ses causes profondes, comme il en sera question dans le cadre de cette recherche. Des études ont été faites auprès des médecins résidents, mais très peu d'études ont été menées auprès des omnipraticiens (Baltagi et al., 2005), le contexte de travail des médecins était néanmoins souvent décrit comme stressant. Ce stress pourrait résulter d'une situation complexe dans laquelle les médecins sont confrontés aux exigences élevées et parfois conflictuelles provenant de leurs patients, de leur famille, de même que de la société (Socialstyrelsen, 2001; William et al., 2001). Une insuffisance de ressources pour répondre aux exigences élevées du travail des médecins est annonciateur de leur intention de quitter (Gardulf et al., 2008; Jakubowski, 2004; Williams et al., 2001;). Dans l'optique de vouloir améliorer la qualité des services de santé offerts à la population, les difficultés liées à la rétention de personnel qualifié et expérimenté ont nécessité de prendre en considération différentes dimensions de l'environnement au travail susceptibles d'affecter la rétention des médecins (Edwards & Burnard, 2003). C'est pourquoi cette thèse s'intéresse principalement à l'intention de quitter des médecins en prenant en considération plusieurs phénomènes tels que les ressources et les exigences au travail, le conflit travail-famille, l'environnement de travail et les déterminants individuels.

1.1. Problématique actuelle : la situation des médecins canadiens et québécois

En 2010, un sondage national mené auprès de médecins indiquait que de 2010 à 2012, 13,3 % des omnipraticiens canadiens planifiaient quitter leur emploi¹. De plus, 37,7 % souhaitaient diminuer leurs heures de travail contrairement à 14,3 % qui désiraient les augmenter. Concernant les heures de garde, 26,2 % de l'échantillon voulait les restreindre alors que 7,8 % considérait les augmenter. Toujours chez les omnipraticiens canadiens, une proportion de 17,7 % souhaitait un allègement de ses responsabilités administratives contre

¹ <http://nationalphysiciansurvey.ca>

seulement 12,6 % intéressée à l'accroissement de celles-ci. Une étude de Craig (2005), effectuée en 2000 auprès de 152 pédiatres, provenant de 10 départements en urgence pédiatrique à travers le Canada, révélait que 34 de ces médecins planifiaient de changer d'emploi d'ici les cinq prochaines années.

Le Québec n'échappe pas à ces problèmes. En 2010, un sondage national indiquait qu'entre 2008 et 2010, 0,7 % des médecins de famille du Québec (58 médecins) avaient déménagé leur pratique dans une autre province canadienne ou dans un autre pays². On pourrait penser *a priori* qu'il s'agit d'une proportion minime; toutefois, il suffit de considérer qu'un médecin de famille effectue le suivi d'environ 1 000 patients, pour constater l'ampleur de ce problème qui affecte environ 58 000 Québécois. On pouvait constater dans l'étude des écarts entre les différents groupes d'âge (<35 ans : 3,2 %; 35-44 ans : 1,2 %; 45-54 ans : 0,5 %; 55-64 ans : 0,4 %; 65 ans et plus : 0,2 %). Pour ce qui est de quitter pour une autre province canadienne, le groupe des 35 ans et moins affichait le pourcentage le plus élevé (3 %); les taux diminuaient successivement par groupe d'âge jusqu'à celui des 65 ans et plus (0,2 %). En ce qui concerne le fait de quitter pour un autre pays, cette bifurcation a également lieu en début de carrière (groupe des 35 ans et moins : 1,2 %; 35-44 ans : 0,5 %)³. Ce phénomène est davantage représenté chez les hommes que chez les femmes. Les médecins quitteraient donc davantage au début de leur pratique.

Le système de santé et l'accès à un médecin de famille sont au cœur des préoccupations des Québécois. Un sondage réalisé en décembre 2010 par Senergis-LeDevoir et présenté en 2011 indiquait que 52 % des Québécois étaient d'avis que la priorité principale du gouvernement devrait être la santé. Alors que les dépenses en santé représentaient 31 % des dépenses gouvernementales en 1980, en 2010-2011, ce sont 28 milliards de dollars ou 45 % du budget total qui y sont consacrés par le gouvernement du Québec (Bélaïr-Cirino, 2010). Selon les spécialistes, ce pourcentage demeure en croissance. L'Association médicale canadienne révèle qu'en 2003, 50 % des médecins répondants de la région de Québec songeaient chaque semaine à quitter la médecine universitaire et que 30 % songeaient à quitter entièrement la profession. Une enquête menée auprès de 700 omnipraticiens et réalisée par le Centre de santé et des services sociaux (CSSS) de la Vieille-Capitale (Québec)

² Sondage effectué par le Collège des médecins de famille du Canada, l'Association médicale canadienne et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, disponible à l'adresse : www.nps-snm.ca

³ www.nps-snm.ca

montre qu'il faut s'attendre à la fermeture de plusieurs petites cliniques en raison du départ de nombreux omnipraticiens. En 2013, on attendait 125 nouveaux médecins dans cette région, sans se faire d'illusions quant à leur capacité d'assumer les soins de première ligne : les médecins âgés à la retraite sont de ceux qui consacraient beaucoup d'heures à leur pratique. À cela s'ajoute, notamment, le fait que le gouvernement oblige les nouveaux omnipraticiens à offrir des soins en centre hospitalier ou en première ligne d'urgence à hauteur de 12 heures par semaine (AMP). Il faudra alors deux nouveaux médecins pour accomplir l'équivalent des heures cliniques effectuées par un médecin qui prendra sa retraite. Cette même enquête indique qu'entre 2012 et 2017, la région de Québec perdra entre 79 et 158 omnipraticiens : c'est donc dire qu'entre 66 750 et 100 500 personnes perdront leur médecin de famille. Parmi elles, on comptera 22 775 personnes âgées qui nécessiteront des suivis réguliers et qui risqueront d'éprouver bien des difficultés à se voir attribuer un nouvel omnipraticien. Sans omnipraticien, les patients n'auront d'autre choix que de se rendre dans les urgences hospitalières ou les cliniques sans rendez-vous, contribuant malgré eux à l'engorgement du système. Par conséquent, le temps d'attente aux urgences ne fera qu'accroître.

1.1.1. Le principal défi du système de santé québécois : fournir un médecin de famille à tous les citoyens

Le système de santé québécois fait actuellement face à une série de défis considérables : engorgement des urgences, déploiement de files d'attente et retards dans les rapports d'analyse des patients. Le président de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec a envoyé un communiqué à ses membres pour montrer son inquiétude pour le système de santé et son insatisfaction vis-à-vis du gouvernement et de ses orientations en mode « économie d'argent » pour les années à venir (La Presse canadienne, 2014). Cette situation exerce une pression constante chez les médecins qui essaient non seulement de réduire les délais occasionnés, mais aussi de supporter une charge administrative significativement alourdie et dont les exigences se complexifient d'année en année, contraignant une partie d'entre eux à compléter certaines tâches à la maison (Maranda, Gilbert, Saint-Arnaud, & Vézina, 2006). Le portrait général se complique par le non-remplacement du personnel qui s'est absenté pour des raisons de maladie ou d'épuisement

(Maranda et al., 2006). Ceci inciterait certains médecins à apporter du travail à la maison. Les médecins s'astreindraient maintenant à une planification d'agenda en mode d'urgence permanente. Pour le système de santé, ce type d'horaire s'accompagne, d'une part, de la priorisation des urgences et, d'autre part, d'une réflexion en profondeur sur son mode de fonctionnement en vue d'optimiser les soins aux patients. Une solution acceptable et qui fait consensus consiste à orienter le développement du système de santé vers un accès possible à un médecin de famille pour chaque Québécois (Daoust-Boisvert & Bélair-Cirino 2014). Le médecin de famille, affecté aux cas non urgents qui présentent des problèmes de santé mineurs, et s'efforçant de ne diriger les patients vers les spécialistes qu'en cas de nécessité, apparaît alors comme une clef maîtresse pour le désengorgement des hôpitaux. Une telle mesure pourrait avoir comme effet de délester les hôpitaux des problèmes mineurs. Le principal problème consiste donc à fournir un médecin de famille à tous les Québécois alors que leur nombre est nettement insuffisant pour atteindre cet objectif. On compte un peu plus de 8000 médecins de famille au Québec et selon la FMOQ, environ 2000 autres seraient requis pour combler cette demande car plus ou moins un million de personnes sont sans médecin de famille au Québec (Daoust-Boisvert & Bélair-Cirino, 2014). Cette situation déficitaire ne semble pas près d'être renversée : en effet, à la pénurie de médecins s'ajoute le départ de plusieurs d'entre eux, ce qui, de toute évidence, n'aide en rien la situation.

En 2012, plus de 25 % des Québécois n'ont toujours pas de médecin de famille (Abastado, 2012). Dans le reste du Canada, cette proportion varie entre 10 et 15 % selon les provinces. D'après le MSSS et la FMOQ, la pénurie d'omnipraticiens s'est aggravée de 45 % uniquement au Québec entre 2008 et 2010. De 2004 à 2010, la population québécoise a augmenté de 5 %, alors que le nombre de médecins a augmenté de 4,6 %, ce qui ne saurait suffire à la demande des nouveaux arrivants, et ce, sans même tenir compte du manque qu'accuse la population déjà en place. De plus, malgré que le gouvernement eut formé un plus grand nombre d'omnipraticiens, 140 d'entre eux ont quitté entre 2004 et 2010 pour pratiquer hors Québec (Roper, 2012). Dans l'équation, il ne faut pas oublier d'inclure les omnipraticiens qui comptent prendre leur retraite dans les prochaines années.

1.1.2. Piste de solutions : conserver les omnipraticiens en poste

Pour pallier au manque de médecins, il est essentiel de conserver ceux déjà en poste. S'attaquer au problème du manque d'omnipraticiens implique *a priori* une meilleure compréhension des raisons de quitter la profession avant d'aspirer au développement de mesures visant l'amélioration des conditions de travail et le maintien en poste, mesures dont les effets, ultimement, se feront sentir chez les futurs médecins qui verront dans leur choix de carrière un gage de qualité sûr. Afin de les retenir en place, il importe d'offrir une qualité de vie et un environnement satisfaisant au travail pour les médecins en exercice. Le programme d'aide aux médecins de la province de Québec (PAMQ) a révélé que 4 520 demandes d'aide avaient été formulées entre 1990 et 2010. Alors que les demandes augmentent d'année en année, 90 % d'entre elles concernaient des problèmes de santé mentale (par ex. : épuisement, anxiété) et parmi les 10 % restants, on identifiait notamment des problèmes de toxicomanie (Santé Inc., 2009). Une brochure distribuée en mai 2014 à tous les médecins québécois par le PAMQ indiquait qu'il y avait 62 % d'augmentation de demandes d'aide au PAMQ depuis 2005, que 62 % des médecins québécois s'estiment en surcharge de travail, que 55 % ressentent un déséquilibre entre le travail et la vie familiale et que 45,7 % des médecins québécois présentent des symptômes d'épuisement.

La situation de plein emploi et la pénurie de personnel rendent particulièrement difficile le recrutement de nouveaux omnipraticiens. De plus, il faut rappeler que pas moins de six années sont nécessaires à leur formation, ce qui implique un investissement financier considérable de la part du gouvernement. Un autre constat se dégage du sondage national auprès des médecins⁴ : en plus de manquer de médecins, ceux en place désirent diminuer leur nombre d'heures de pratique. Lorsqu'on leur a demandé quels changements ils voudraient apporter à leur pratique pour les années 2010-2012, 41,8 % des omnipraticiens déclaraient souhaiter voir leur nombre d'heures de pratique diminuer, tandis que seulement 13,7 % souhaitaient les voir augmenter. Ce même sondage national nous apprenait en 2004 que la raison principale donnée par les médecins de famille, questionnés sur ce qui les avait motivés à apporter différents changements à leur pratique, fut les obligations familiales à la proportion de 24,1 %. De plus, il ressort de ce sondage l'importance des obligations familiales, qui ont

⁴ Sondage effectué par le Collège des médecins de famille du Canada, l'Association médicale canadienne et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, disponible à l'adresse : www.nps-snm.ca

incité 28,7 % des femmes médecins à apporter différents changements à leur pratique, alors que seuls 12,7 % de leurs confrères ont fait de même. Cette raison est particulièrement répandue chez les médecins de moins de 35 ans (34,9 %); elle diminue avec l'âge pour atteindre 3 % chez ceux de 65 ans et plus⁵. Le même sondage réalisé en 2010 révèle que chez les médecins qui ont évalué l'importance de certains obstacles à leur formation continue ou à des activités d'éducation médicale, l'item « le temps passé loin de la famille » constituait un obstacle « assez important » ou « très important » à 28,5 % et 21,7 % chez les omnipraticiens. La même année, invités à évaluer leur degré de satisfaction vis-à-vis leur équilibre entre engagements personnels et professionnels, les omnipraticiens se sont montrés insatisfaits à 34,4 %, les femmes présentant un pourcentage plus élevé (34,6 %) que leurs collègues masculins (30,7 %). Eu égard à ce qui précède, on pourrait croire que ces médecins vivaient une situation de conflit travail-famille (CTF). Une telle situation de conflit travail-famille était désignée comme responsable de 20,2 % de la variance de l'intention de quitter des médecins résidents de Sherbrooke lors d'une étude effectuée en 2008 (Mathieu, 2008; Mathieu & Mathieu, 2012). Afin d'aider les omnipraticiens à obtenir du soutien de collègues et autres intervenants du milieu de la santé (par ex. : infirmières), le gouvernement du Québec a instauré les groupes de médecins de famille (GMF). Malheureusement, ce type de pratique qui vise à assurer un service de soir et de fin de semaine ne règle pas vraiment le problème d'horaire et de conflit travail-famille avec ces plages horaires de pratiques obligatoires.

En somme, le manque d'omnipraticiens a des implications sérieuses pour notre société et pour le système de santé. Conserver en fonction les médecins qui sont déjà en poste est une des solutions à ce problème de pénurie. Cette thèse s'intéresse au sujet de l'intention de quitter des omnipraticiens en se penchant davantage sur certains phénomènes qui y sont reliés, soit : le conflit travail-famille, les ressources et les exigences au travail, l'engagement et l'épuisement des médecins. Dans les prochaines sections, il est question de présenter le cadre conceptuel et les six construits utilisés pour cette thèse.

⁵ www.nps-snm.ca

1.2. Cadre conceptuel : présentation des six construits de la thèse

Le choix de réaliser cette recherche sur la situation des médecins omnipraticiens québécois se veut une réponse au problème urgent de la pénurie de médecins de famille au Québec. Pour retenir les omnipraticiens déjà en place, une compréhension approfondie de leur situation actuelle est une condition nécessaire au développement de pistes d'amélioration. Le phénomène du conflit travail-famille (CTF) sera étudié en lien avec l'intention de quitter puisqu'il semblait être une des causes importantes pour expliquer l'intention de quitter selon plusieurs auteurs (Greenhaus, Parasuraman, Collins, 2001; Mathieu & Mathieu, 2012; Netemeyer, Brashear-Alejandro, Bole, 2004; Rode, Rehg, Near, & Underhill, 2007; Yavas, Babakus, Karatepe, 2008). De plus, cela semble se confirmer avec les statistiques obtenues chez les omnipraticiens du Québec où l'enquête de cette recherche a été effectuée (Sondage de l'Association Médicale Canadienne, 2004; 2010⁶). Suite à une recension des écrits pour cette présente thèse, il a été constaté que les médecins étaient confrontés à de fortes exigences au travail et avaient peu de ressources mises à leur disposition. Ce déséquilibre entre les exigences et les ressources ont plusieurs conséquences, entre autres sur le CTF et l'intention de quitter. Dans la prochaine section, le modèle sur le stress au travail Job Demands-Resources (JD-R) de Demerouti, Bakker, Nachreiner, et Schaufeli (2001a) est expliqué, étant donné que c'est à partir de ce modèle que sont étudiés les phénomènes du conflit travail-famille et de l'intention de quitter des médecins dans cette thèse. Le phénomène de l'intention de quitter ne semble pas avoir été étudié en considérant les exigences et les ressources au travail. La présente thèse vise à mieux comprendre les relations entre ces phénomènes dans le but de proposer des pistes de solutions préventives.

Dans cette section, une brève description des trois différents phénomènes à l'étude pour cette thèse sera proposée pour exposer les sujets qui serviront aux trois articles de cette thèse : 1) le modèle JD-R, 2) le conflit travail-famille, et 3) l'intention de quitter. Dans le deuxième chapitre, la compréhension des dynamiques entre ces phénomènes est décrite plus explicitement pour vraiment bien cerner la problématique de l'intention de quitter des omnipraticiens.

⁶ <http://nationalphysiciansurvey.ca>

1.2.1. Le stress, la théorie de la conservation des ressources et le modèle théorique du Job Demands-Resources (JD-R).

Au début du 20^e siècle, le stress était utilisé comme analogie en science sociale et en biologie pour décrire une cause possible de mauvaise santé ou de maladie psychologique (Bartlett, 1998). Cette conceptualisation très vaste sur le stress a été étudiée de plus près et des théories sur ce sujet ont émergé suite à la Seconde Guerre mondiale (Newton, 1995). Les recherches ont d'abord vu le stress comme étant une réponse (Selye, 1952), puis comme un stimulus (ex. : Holmes & Rahe, 1967) avant de considérer l'interaction entre l'individu et son environnement comme Lazarus (1977) et Folkman (1982). Une définition couramment acceptée du stress le conceptualise comme un processus dynamique durant lequel les ressources dont dispose l'individu sont insuffisantes pour faire face aux contraintes de son environnement (Cox, Griffiths, & Rial-Gonzalez, 2000).

Le stress au travail a d'abord été conceptualisé comme étant un conflit de rôle au travail, comme une surcharge au niveau du rôle au travail et comme un rôle ambigu au travail (Cooke & Rousseau, 1984; House, Schuler, & Levanoni, 1983; Rizzo, House, & Lirtzman, 1970). Le stress au travail produisait des symptômes de conflits tels que : tension, anxiété, fatigue, indifférence et irritabilité (Brief, Schuler, & Van Sell, 1981; Ivancevich & Matteson, 1980). Un postulat inhérent à plusieurs modèles dans la littérature sur la santé au travail veut que le stress au travail soit un processus dynamique de transaction entre l'individu et son environnement (ex. : exigences et ressources au travail). Les recherches de Lazarus ont permis de souligner qu'il fallait utiliser le stress comme un processus et qu'il fallait comprendre ce processus en prenant en considération les différences individuelles dans les variables motivationnelles et cognitives qui interviennent entre les facteurs de stress et les réactions (Lazarus, 1993). Les attitudes individuelles, les croyances, les attentes et les motivations influencent les perceptions de l'environnement (Lazarus, 1998). Cette approche suggère une compréhension plus subjective sur le comportement humain en regardant les différences individuelles comme étant des buts et des valeurs comme sources de variation de comportements (Lazarus, 1998). On pouvait alors commencer à explorer de façon plus systématique comment les réactions individuelles pouvaient être influencées par ce que les individus avaient à l'esprit (Lazarus, 1993). Les chercheurs s'intéressaient alors aux émotions et aux stratégies d'adaptation (i.e. « coping »). Le coping est l'ensemble des

processus qu'un individu interpose entre lui et un événement perçu comme menaçant pour maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de cet événement sur son bien-être psychologique et physique. En 1977, Lazarus a voulu explorer comment il pouvait mettre l'emphase sur l'évaluation et le coping pour les appliquer à la vie de tous les jours. Il voulait que ces recherches soient orientées vers le stress en tant que processus. Le stress, selon Lazarus, est la relation entre l'individu et l'environnement, et survient lorsque les exigences sont trop élevées comparativement aux ressources. C'est cette même prémisse de base que l'on retrouvera plusieurs années plus tard avec la proposition des modèles tels que Demandes-Contrôle-Soutien (Karasek, 1979), Déséquilibre Effort-Récompenses (Siegrist, 1996) et Job Demands-Resources (Demerouti et al., 2001a). Cette approche transactionnelle pousse les chercheurs à identifier les processus qui lient les individus à leur environnement.

Selon le modèle Demandes-Contrôle-Soutien (DCS) (Karasek, 1979, 1998), le stress au travail est particulièrement causé par la combinaison des exigences professionnelles élevées (en particulier la surcharge de travail et la pression du temps), la faible latitude décisionnelle au travail et le faible soutien social. Un principe de base dans le modèle DCS est que les employés qui peuvent eux-mêmes décider comment répondre à leurs demandes en emploi connaissent moins de stress au travail (par exemple, l'anxiété liée à l'emploi, les problèmes de santé, l'épuisement et l'insatisfaction) que leurs collègues qui ont une plus faible latitude décisionnelle. Il y a des preuves empiriques montrant qu'en particulier, la combinaison des exigences élevées de l'emploi et une faible latitude décisionnelle sur les tâches est un facteur prédictif important de la tension psychologique et de la maladie (Karasek, 1979). Une étude récente à l'aide du modèle DCS indique que la combinaison d'une faible autorité décisionnelle jumelée à un support élevé du superviseur, atténue la relation positive entre les exigences au travail et le présentéisme (Jourdain & Vézina, 2014). Un autre modèle, celui du déséquilibre entre l'effort et les récompenses (DER) (Siegrist, 1996), met l'accent sur la récompense plutôt que sur la structure de contrôle du travail. Ce modèle suppose que le stress au travail est le résultat d'un déséquilibre entre l'effort (exigences en emploi extrinsèques et la motivation intrinsèque pour répondre à ces exigences) et la récompense (l'estime et le respect de même que le statut d'emploi, la rémunération et la perspective de promotion). L'hypothèse de base de Siegrist (1996) est que le manque de réciprocité entre l'effort et la récompense (c'est-à-dire effort élevé / faibles

conditions de récompenses) conduira au stress (Walster, Walster, et Berscheid, 1978) qui, à son tour, peut conduire à des risques cardio-vasculaires et d'autres problèmes de santé reliés au stress. La combinaison de hauts efforts et de faibles récompenses au travail a été effectivement ciblée comme étant un facteur de risque pour la santé globale, l'épuisement professionnel et de légers troubles psychiatriques (Van Vegchel, 2005). L'hypothèse de base à la fois du DCS et du DER est que les exigences du travail conduisent notamment au stress au travail (et dans les cas extrêmes à l'épuisement), lorsque les ressources au travail font défaut (l'autonomie dans le DCS, le salaire, les récompenses pour l'estime, la sécurité d'emploi/ opportunité de carrière dans le DER). En général, on peut affirmer que la force de ces modèles réside dans leur simplicité. Ils ont, par contre, été critiqués par Demerouti et al. (2001a) en raison du fait qu'ils ne tiennent pas compte des différentes formes de demandes psychologiques et de ressources pouvant affecter la santé.

Conséquents avec la théorie de la conservation des ressources, Demerouti et al. (2001a) ont construit le modèle du Job Demands-Resources pour expliquer le stress ressenti par les individus en relation avec les exigences et les ressources au travail. Cette théorie a été mise en lumière par Hobfoll (1989) et s'appuie sur le postulat que les individus se motivent en cherchant à conserver, protéger et construire des ressources et sont stressés lors de la perte potentielle ou réelle de leurs ressources. Cette théorie est dans la lignée de Maslow (1968) qui stipule que les gens recherchent instinctivement le plaisir en possédant des ressources physiques, sociales et psychologiques. Dans la théorie de la conservation des ressources, celles-ci sont catégorisées en cinq groupes : (a) les ressources d'objet (par ex. : valeur, rareté), (b) les conditions (par ex. : ancienneté, statut civil), (c) les ressources au travail (par ex. : soutien, formation), (d) les énergies (par ex. : temps, connaissances), et (e) les caractéristiques personnelles (par ex. : estime de soi). En cohérence avec la théorie de la conservation des ressources, le modèle JD-R énonce que pour lutter contre le stress, il est possible d'utiliser différentes ressources et que celles-ci sont renouvelables. Ces différentes formes de ressources concernent autant les ressources familiales (par ex. : le soutien d'un conjoint) que les ressources au travail (par ex. : le soutien des collègues). La théorie de la conservation des ressources stipule que les individus peuvent utiliser d'autres ressources pour compenser la perte d'une ressource (Pearlin, Lieberman, Menaghan, & Mullan, 1981). Le modèle JD-R de Demerouti et al. (2001a) englobe les exigences et les ressources des deux

modèles précédents et va plus loin en affirmant que les ressources et les exigences au travail sont propres à chaque type d'emplois (Bakker, Van Veldhoven, et Xanthopoulos, 2003b). Il suppose également que des conséquences positives sont possibles en termes d'engagement lorsque les ressources sont disponibles et que les exigences sont adéquates. Le stress ne provient pas uniquement de l'individu ou de l'environnement, mais bien de l'interaction entre les deux (Lazarus, 1990). Il produit des symptômes, comme il est suggéré par Karasek (1979), Siegrist (1996), et Bakker et ses collègues (2007) à travers leur modèle. Les modèles de Karasek et Siegrist ne laissent pas de place à l'intégration de d'autres ressources qui pourraient être importantes pour expliquer le bien-être des employés. De plus, Bakker (2007) remet en question le fait que les efforts fournis par un individu constituent l'exigence la plus importante, comme le propose le modèle DER. Cette exigence est plutôt un élément à considérer parmi d'autres. Malgré le fait que Karasek (1979) reconnaisse la pertinence de prendre en considération d'autres exigences et ressources en emploi que celles proposées par son modèle, les recherches sur le DCS et le modèle DER ont été, pour la plupart, limitées à un ensemble de variables qui n'étaient peut-être pas pertinentes pour tous les types d'emplois. Cette thèse utilise le modèle JD-R, car il est davantage englobant et il donne la latitude d'adapter le modèle à la population à l'étude.

Dans le modèle JD-R, il ressort que les exigences au travail sont positivement en lien avec les composantes de l'épuisement et que le manque de ressources au travail diminue l'engagement au travail (Demerouti et al., 2001b). Ce lien entre les fortes exigences au travail et l'épuisement est cohérent avec une étude de Adam, Gyroffy, et Susanszky (2008) effectuée auprès de médecins hongrois. Cohérent avec le modèle Demandes-Contrôle-Soutien de Karasek (1979, 1990) ainsi qu'avec le modèle du Déséquilibre Efforts/Récompenses de Siegrist (1996), le modèle JD-R a une façon plus réaliste de définir la latitude décisionnelle en permettant davantage de décrire les différentes formes de contrôle, car il permet d'utiliser les compétences, le soutien social et la reconnaissance des modèles antérieurs comme étant des « ressources » qui peuvent être prises en considération par le modèle JD-R, alors que les exigences psychologiques (modèle de Karasek) et les efforts (modèle de Siegrist) sont pris en considération dans le modèle JD-R par la composante « exigences ». Le fait de considérer différentes formes de ressources adaptées à chaque type d'emploi s'avère utile pour étudier les médecins qui ont par exemple, probablement un grand

besoin d'autonomie, mais également aussi de plusieurs autres ressources (infirmières, équipements, etc.), comparativement à un militaire qui pourrait avoir besoin de consignes claires dans une situation dangereuse et pourrait préférer ne pas avoir un degré de liberté élevé. Parallèlement aux modèles de Karasek et Siegrist, le modèle JD-R englobe donc davantage les différentes formes de ressources et d'exigences du travail et va également plus loin en affirmant que les différentes ressources en emploi peuvent jouer un rôle de modérateur en ce qui concerne les exigences reliées au travail (Bakker & Demerouti, 2007; Xanthopoulou et al., 2007). En 1986, Johnson propose que le soutien social modère la relation entre les exigences et les conséquences du stress. Le JD-R considère le soutien, mais également d'autres formes de ressources, et leurs effets positifs sur l'engagement et négatifs sur l'épuisement. En fait, les ressources au travail diminuent l'impact de l'épuisement causé par les exigences élevées en emploi (Bakker et al., 2003b; Bakker, Demerouti, & Schaufeli, 2005). L'effet modérateur entre les ressources et les exigences est conséquent avec les recherches de Kahn et Byosiè (1992).

L'idée à retenir est la suivante : les exigences (par ex. : pression excessive, environnement physique difficile, quarts de travail le soir et la nuit) sont positivement corrélées à l'épuisement et le manque de ressources au travail (par ex. : formation, contrôle, soutien) diminue significativement l'engagement au travail (Demerouti, Bakker, De Jonge, Janssen, & Schaufeli, 2001b), entraînant un effet négatif sur la performance.

Dans le deuxième chapitre, un examen de la littérature en lien avec les ressources et les exigences en emploi que ressentent les omnipraticiens permettra de mieux comprendre le phénomène de leur rétention. La prochaine section servira, quant à elle, à mieux comprendre le deuxième construit utilisé pour cette thèse : le conflit travail-famille des omnipraticiens qui les incite à vouloir quitter, ceci dans le but de mieux comprendre la dynamique que peuvent vivre les médecins par rapport à leur satisfaction face aux ressources et exigences au travail qui les amènent à ressentir un certain niveau de conflit entre le travail et la vie familiale.

1.2.2. La perspective de la théorie des rôles (« Role Stress Theory ») et le concept du conflit travail-famille (CTF).

De la perspective de la théorie des rôles (« Role Stress Theory ») (Kahn, Wolfe, Quinn, Snoek, & Rosenthal, 1964), Greenhaus et Beutell (1985) ont défini le conflit ou l'interférence entre le travail et la vie familiale de la façon suivante : (traduction libre de la p. 2) « une forme de conflit de rôles entre ceux vécus au travail qui comportent des pressions et ceux vécus en famille qui deviennent incompatibles à certains égards ». Le conflit travail-famille (CTF) réfère à une tâche ou à un devoir dans un domaine qui ne peut pas ou ne peut pas complètement être effectué à cause de responsabilités de l'autre domaine.

La théorie des rôles (Greenhaus & Beutell, 1985; Kahn et al., 1964) stipule que les multiples rôles sociaux sont souvent perçus comme source de pression sur les individus. La combinaison de la famille et du travail impose souvent plus d'exigences qu'un individu seul est en mesure de satisfaire, ce qui conduit à une surcharge des rôles et ensuite à un conflit des rôles. Même si cette théorie stipule que les exigences trop élevées ou trop faibles rencontrées dans la vie de tous les jours créent du stress, c'est le stress engendré par les trop grandes exigences du travail qui sera le point d'intérêt de la présente recherche. Les exigences provenant du travail et celles provenant de la famille peuvent s'avérer difficilement conciliables et les personnes qui tentent de répondre à toutes ces exigences de façon régulière et efficace voient leurs risques de détresse psychologique augmenter (Nondenmark, 2004) à cause de l'incompatibilité de certaines exigences. Par exemple, le fait de devoir travailler davantage d'heures pour répondre aux besoins des patients, et devoir être davantage présent auprès de ses enfants qui ont des problèmes d'apprentissage et qui nécessitent une aide parentale lors des devoirs, peuvent engendrer une situation de conflit chez le médecin.

La recension des écrits sur le sujet du conflit travail-famille (CTF) de Greenhaus et Beutell (1985) inclut un modèle permettant de mieux comprendre la pression des rôles qui conduit au CTF (figure 1). Selon le modèle, les caractéristiques dans un des deux rôles (familial ou au travail) qui affectent une personne importent peu en soi; elles peuvent produire un conflit tant au sein de ce rôle qu'avec l'autre rôle. Le modèle propose également que la pression des rôles est intensifiée lorsque la personne accorde beaucoup d'importance à chacun de ces rôles et lorsque de fortes sanctions négatives accompagnent l'incapacité à satisfaire les exigences demandées dans ces rôles. Le manque de temps dans les domaines

du travail et familial mène à une tension et à un conflit des rôles. Ces tensions amplifiées rendent difficiles à remplir les comportements attendus dans chacun des deux domaines. On attend d'un individu qu'il soit discret et objectif au travail, et d'un autre côté, affectueux et ouvert d'esprit en famille. Cette incompatibilité de la pression des rôles (temps, tension et comportement) est définie dans le cadre du milieu de la figure 1.

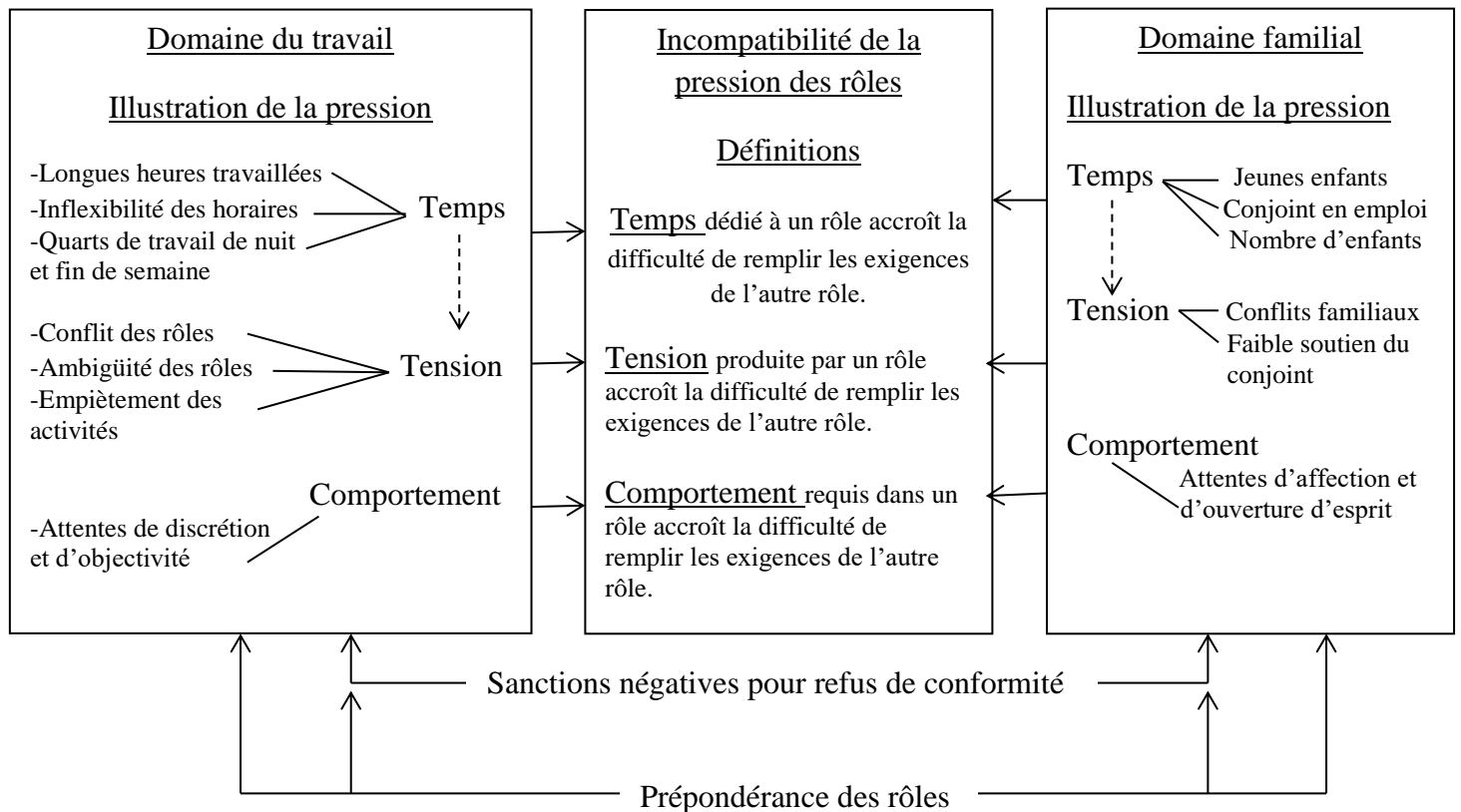


Figure 1. Illustration de l'incompatibilité de la pression des rôles entre le travail et la vie familiale. Traduit de "Sources of conflict between work and family roles," par J. H. Greenhaus, N. J. Beutell, 1985, *The Academy of Management Review*, 10(1), p. 78.

Même si depuis 25 ans environ émergent des préoccupations au niveau du supposé conflit de rôle entre le travail et la famille, ce n'est que depuis quelques années que les chercheurs s'en préoccupent vraiment (Edwards & Rothbard, 2000; Frone, 2003). La définition de Greenhaus et Beutell (1985) stipule que le conflit entre le travail et la famille peut se manifester dans les deux directions (O'Driscoll, 2004). Par contre, la majorité des chercheurs mesurent et considèrent la relation entre le travail et la famille comme étant à sens

unique : Travail → Famille (par ex. : Aryee & Luk, 1996; Parasuraman, Greenberg, Rabinowitz, Bedelan, & Mossholder, 1989; William, 1994) ou Famille → Travail. Le conflit se produit lorsqu'une personne se voit contrainte d'assumer tout à la fois les rôles d'employé, de parent et de conjoint, et ce, avec des ressources limitées à sa disposition (temps, engagement, énergie). Cet état de fait cause des tensions « de surcharge » ou « d'interférence » d'une sphère de vie à l'autre. D'autres chercheurs ont adopté une perspective bidirectionnelle de ce conflit, selon laquelle la relation entre le travail et la famille s'avère réciproque : Travail → Famille et Famille → Travail (par ex. : Boyar et al., 2003; Frone, Russell, & Cooper, 1992). Ces chercheurs (Boyar et al., 2003) ont donc mesuré ces deux types de conflits. Les résultats de leurs études montrent que ces deux types de conflits sont distincts, même s'ils se montrent parfois assez corrélés. Leurs résultats montrent entre autres que le CTF ressenti par les participants se situe à un niveau plus élevé que celui du CFT. À titre d'exemple, le CFT ressenti par les participants d'une étude de Simon, Kummerling et Hasselhorn (2004), menée en Angleterre, était de 1,4 en moyenne (sur une échelle de 1 à 5, 5 étant le plus élevé) tandis que le CTF affichait un résultat moyen de 2,8. Plusieurs chercheurs ayant opté pour une perspective bidirectionnelle de ce conflit ont obtenu des résultats à l'effet que le CTF était significativement plus corrélé avec des variables en lien avec le travail, ce qui s'avère plus pertinent pour la présente étude (par ex. : l'intention de quitter la profession, le nombre d'heures travaillées, le nombre d'heures travaillées en temps supplémentaire, la demande quantitative de travail, la demande émotionnelle, quitter la journée de travail plus tôt), et se manifestait de manière plus prononcée chez les participants que le CFT (Boyar, Maertz, & Pearson, 2005; Simon et al., 2004). Une recherche de St-Onge, Renaud, Guérin, et Causignac (2002) a également permis de constater que la satisfaction à l'égard de la vie en général comme variable dépendante s'avérait significativement influencée par un seul des deux types de conflit étudiés (CTF et CFT), soit le conflit « travail → famille ». En général, le CTF est associé à l'insatisfaction de la vie de famille et du travail ainsi qu'à une augmentation de l'épuisement (Brough, O'Driscoll, & Kalliath, 2005). Dans le cadre de ce projet de recherche, le conflit travail-famille sera mesuré à sens unique : **TRAVAIL → FAMILLE**.

Dans la littérature, au terme « conflit » a d'abord été ajouté celui d'« équilibre » et récemment sont apparus les termes « intégration » et « harmonisation » entre le travail et la

famille. La première solution mise de l'avant pour pallier au CTF a été de mettre l'emphase sur l'équilibre entre le travail et la famille (Rapaport, Bailyn, Fletcher, & Pruitt, 2002). Pour réaliser un équilibre entre les deux rôles, l'individu doit déployer des efforts et jouer un rôle conjointement avec l'entreprise qui doit également faire sa part pour soutenir cet équilibre. Cependant, il s'est avéré qu'un tel équilibre était difficile à soutenir malgré le fait que certaines entreprises eurent mis en œuvre des politiques et des pratiques pour le supporter, ces dernières s'étant montrées peu efficaces (Burke, 2004). Les recherches se sont ensuite tournées vers l'harmonisation ou l'intégration travail-famille comme solution au CTF (Rapaport, Bailyn, Kolb, & Fletcher, 1998). Dans cette optique, les individus qui cherchent à augmenter leur satisfaction essaient d'intégrer leur travail et leur vie familiale en variant la nature et la configuration des harmonisations, de sorte que différentes harmonisations soient mises en place selon différentes étapes de leur carrière. Dans cette thèse, il sera question de « conflit », car il faut d'abord bien comprendre ce phénomène pour pouvoir ensuite orienter les interventions et tenter d'« équilibrer » ou d'« harmoniser » le tout.

Une intervention sur le CTF dans une perspective préventive peut gagner à s'appuyer sur le modèle de Cooper et Cartwright (1997). Ces auteurs explorent un éventail de sources de stress au travail et une intervention en trois volets stratégiques pour gérer les pressions au travail. Trois approches sont mises en évidence dans cet article (Cooper et Cartwright, 1997) pour une intervention préventive au stress : primaire, secondaire et tertiaire. L'approche primaire s'intéresse à la réduction du stress, la secondaire à la gestion du stress et la tertiaire au soutien à la réhabilitation. Cette façon d'intervenir peut s'appliquer au CTF. Pour en arriver à ces étapes d'harmonisation, il est essentiel d'identifier, dans un premier temps les éléments prédicteurs du conflit et de comprendre ses effets et, dans un deuxième temps, de mettre en œuvre l'intervention. L'identification des prédicteurs du CTF sera faite dans le chapitre suivant et des pistes de solutions pour diminuer le CTF sont proposées dans les chapitres 4 et 5, suite à des études empiriques.

La section suivante consiste à présenter le troisième et dernier construit de cette thèse qui est également le sujet principal : l'intention de quitter.

1.2.3. Le concept de l'intention de quitter et ses modèles théoriques.

Définition

Le fait de quitter pour un employé est un processus (Dulewicz & Hiuggs, 2000; Mobley, 1992) qui comprend d'abord l'intention de quitter (penser à quitter, intention de chercher un emploi) ainsi que les comportements face à l'intention de quitter (absence, recherche active d'un emploi et le réel départ). Pour cette étude, le phénomène à l'étude sera l'intention de quitter qui représente le début du processus de quitter comme tel.

Différences entre l'intention de quitter et de rester

Pour un individu, avoir des pensées associées au fait de vouloir quitter un emploi signifie : « prendre une décision considérant ses attitudes individuelles en regard d'un poste et la décision de rester en poste ou de quitter » (Sager, Griffeth & Hom, 1998, traduction libre de la p.255). Ce processus inclut plusieurs variables dont celles de la perception de postes alternatifs, de la recherche d'emploi et de l'intention de quitter l'organisation (Hulin, Roznowski, & Hachiya, 1985). Pour les postes alternatifs, un individu peut percevoir des opportunités tant intra-organisationnelles qu'extra-organisationnelles. La perception de la mobilité de la part d'un individu peut être déterminée par de multiples facteurs, comme sa réalité familiale avec la mobilité des autres membres par exemple (Beehr et al., 1980). Pour les médecins, la recherche d'un nouvel emploi pourrait avoir comme but de vouloir améliorer leurs conditions de travail ou fuir des conditions difficiles de travail (Boswell et al., 2012). Le roulement du personnel implique un passage à l'action des employés ayant une forte intention de quitter, mais ce processus est initialement caractérisé par des comportements sous-jacents au désir de quitter tels qu'une fréquence accrue des retards au travail et la multiplication des absences (Koslowsky, 2009). Une fois la décision de quitter prise, il existe différentes options pour le travailleur, soit (1) quitter de façon volontaire ou non, (2) quitter le poste actuel pour un nouveau poste dans la même organisation 3) quitter l'organisation pour un emploi similaire dans une autre organisation, (4) quitter son emploi ou la profession et obtenir un autre poste à l'interne ou à l'externe, (5) prendre sa retraite, à temps ou de façon prématurée (Koslowsky, 2009). Il existe plusieurs déterminants de l'intention de quitter, mais dans tous les cas, il y a un bouleversement dans la vie de l'individu, qui est habituellement accompagné par une rupture sociale et certaines appréhensions du futur. Dans

cette thèse, il sera question de quitter l'emploi qu'occupe le médecin actuellement de façon volontaire (changer d'endroit géographiquement mais garder le même genre d'emploi, quitter la médecine pour faire autre chose, changer de milieu de travail, changer de concentration, pratiquer en clinique privée et être désengagé de la RAMQ). En plus d'être un prédicteur du fait de quitter son emploi actuel/son organisation, l'intention de quitter est également un phénomène important à étudier en lien avec le processus de rétention du personnel. Alors que plusieurs recherches se concentrent sur les raisons amenant un individu à quitter son emploi, aucun consensus ne semble émerger en ce qui a trait aux causes et aux processus impliqués dans le phénomène (Holtom et al., 2008). Malgré le fait que les individus suivent des chemins spécifiques qui les amènent à vouloir quitter, « les individus expérimentent des circonstances uniques lorsqu'ils quittent » (Lee, Mitchell, Holtom, McDaniel, & Hill, 1999, traduction libre de la page 450) les individus, insatisfaits de leur travail, pensent à quitter et cherchent un nouvel emploi, se forment alors une intention de quitter qui est suivie par le fait de quitter réellement (Hom, Caranikas-Walker, Prussia, & Griffeth, 1992).

En 1978, Bluedorn voyait la rétention du personnel comme un concept à deux dimensions : la distinction entre l'acte volontaire et involontaire de quitter. Fishbein et Ajzen (1975) ont tenté d'expliquer les prédicteurs du roulement du personnel, en démontrant que le processus de l'intention de quitter l'organisation est un important prédicteur à quitter comme tel. La satisfaction au travail a été relevée comme étant un facteur important lors du processus de vouloir quitter (Strachota et al., 2003). Toutefois, la satisfaction au travail est un phénomène complexe. Pour être conséquent avec le modèle JD-R, dans cette thèse, il sera question de la satisfaction par rapport aux exigences et aux ressources au travail. Les recherches auprès d'infirmières ont conclu qu'un degré plus élevé de satisfaction au travail diminue l'intention de quitter (Cavanagh & Coffin, 1992).

En ce qui a trait à la littérature sur le roulement du personnel, il y a certaines incohérences qui semblent attribuables à des incertitudes concernant la définition et les instruments de mesure (Cavanagh, 1989). Alors que les définitions se sont précisées avec les années, la littérature ne semble toujours pas relever de consensus concernant les instruments de mesure utilisés lors des recherches sur le sujet. Le roulement de personnel est généralement défini comme étant un « mouvement de personnel » pour une organisation

(Coomber & Barribal, 2007, p.298). Cela constituerait un problème pour les recherches puisque l'inclusion des individus qui prennent leur retraite ou qui sont remis dans les échantillons des populations à l'étude et la distinction entre les mouvements intra-organisationnels et extra-organisationnels ne sont pas très bien définis dans la littérature.

L'intention de quitter est un construit largement utilisé et développé pour le roulement du personnel et pour prévoir le comportement de quitter réellement une profession ou une organisation. Une méta-analyse suggère que l'intention de quitter prédit davantage le roulement du personnel que l'ensemble de la satisfaction au travail comme tel ou l'engagement au travail (Steel & Ovalle, 1984). D'autres recherches montrent l'effet médiateur de l'intention de quitter entre la satisfaction au travail et le fait de quitter comme tel (Hann, Reeves, & Sibbald, 2011; Irvine & Evans, 1995). L'intention de rester dans le même département a également été mesurée auprès de diverses populations (Nancarrow, 2014) et il s'est avéré que l'intention de rester est associée à des facteurs similaires à ceux de l'intention de quitter. Par contre, Howe et ses collègues (2012) ont trouvé que les prédicteurs de l'intention de rester ne sont pas simplement l'opposé de l'intention de quitter. Dans leur étude qui a été réalisée aux États-Unis, les principaux prédicteurs de l'intention de rester seraient : avoir des enfants à charge, parler un langage autre que l'anglais, être né dans un pays non anglophone et vouloir travailler plus d'heures, alors que les principaux prédicteurs de cette même recherche pour l'intention de quitter étaient de ne pas avoir d'enfants à charge, avoir une santé fragile, une préférence à travailler moins d'heures et de travailler en région éloignée. Les différents instruments de mesure utilisés lors des recherches sur l'intention de quitter sont très différents d'une étude à l'autre. Pour la recherche de Nancarrow (2014) qui montrait pour la première fois que l'intention de quitter et l'intention de rester ne mesuraient pas le même construit, seuls deux items étaient utilisés pour mesurer l'intention de quitter: un sur l'intention de quitter l'employeur et l'autre pour quitter la profession. Il ne semble donc pas avoir actuellement un consensus ou un instrument dominant pour mesurer l'intention de quitter.

En reconnaissant la nature économique du fait de perdre des employés et même de leur intention de quitter, un certain nombre de théories et de modèles ont été utilisés dans les recherches empiriques pour expliquer la nature du phénomène (Lee & Mitchell, 1994; March & Simon, 1958; Mitchell, Holtom, Lee, Sablynski, & Erez, 2001; Mobley, 1977; Porter &

Steers, 1973; Zeffane & Gul, 1995). Plus récemment, Moore (2000b) a proposé un modèle sur la rétention du personnel « Attributional Model of Work Exhaustion », car plutôt que de souligner les facteurs individuels, ce modèle se concentre plutôt sur les facteurs environnementaux du travail comme la surcharge du travail, le conflit des rôles ou l'ambiguïté des rôles et le manque de ressources qui mènent à l'épuisement. Cet épuisement est un processus graduel d'érosion qui amène l'individu à vouloir se chercher un autre emploi et à vouloir quitter. Pour aller plus loin dans cette réflexion, Ahuja, Chudoba, et Kacmar (2007) ont adapté le modèle de rétention de Moore (2000b) en remplaçant le conflit et l'ambiguïté des rôles par le conflit travail-famille comme ayant une influence importante. Ils ont également mis l'emphase sur l'influence d'une surcharge de travail sur l'épuisement et ensuite sur l'intention de quitter. Le phénomène de l'intention de quitter étant central dans notre recherche, c'est pourquoi le deuxième chapitre y consacre une section importante pour mieux comprendre le concept.

Les tendances en matière d'intention de quitter

Les modèles sur la rétention du personnel se sont d'abord attardés aux stressors pour expliquer les conséquences subies par l'organisation, parmi lesquelles on retrouve une insatisfaction organisationnelle, une baisse de l'engagement au travail, une plus grande intention de quitter et une plus grande rotation du personnel (Podsakoff, LePine, & LePine, 2007). Alors que les recherches en gestion des ressources humaines (GRH) tentaient d'établir les relations entre les pratiques de GRH et les performances des entreprises (Hatch & Dyer, 2004), plusieurs autres se tournaient vers les éléments qui pouvaient pousser les individus à vouloir quitter (Shaw, Gupta, & Delery, 2005; Ulrich & Smallwood, 2005). Le fait de vouloir quitter volontairement fut d'abord perçu comme hors du champ de pratique des gestionnaires dans les organisations. Cette façon de voir l'intention de quitter a maintenant changé.

Avant 1985, une majorité de recherches étaient orientées vers les individus et nombre de modèles influents ont été développés durant ces années dans le but de mieux comprendre l'évolution d'une personne au sein du processus la menant à vouloir quitter une organisation. Holtom et al. (2008) ont publié dans « The Academy of Management Annals » une figure synthétisant les modèles explicatifs portant sur les départs du personnel élaborés de 1985 à

2008 (voir figure 2). Il est à noter que le CTF ne semble pas avoir été étudié dans les modèles sur le départ de personnel selon cette figure. Cette dernière répertorie l'évolution des sujets utilisés dans les modèles de la littérature en ce qui a trait au départ du personnel (selon Holtom et al., 2008) :

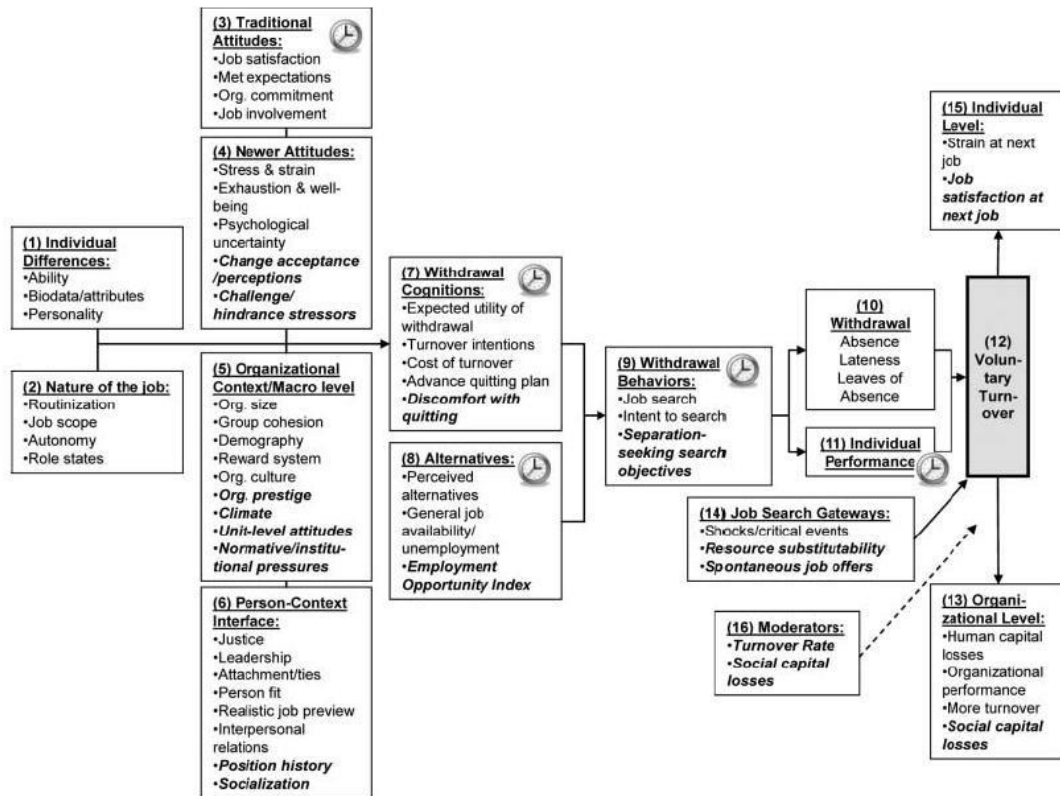


Figure 2. Un tableau résumé sur les modèles concernant le départ du personnel de 1985 à 2008. Reproduit de “Turnover and retention research: A glance at the past, a closer review of the present, and a venture into the future,” par B. C. Holtom, T. R. Mitchell, T. W. Lee, et M. B. Eberly, 2008, The Academy of Management Annals, 2(1), p. 244.

Les avancées théoriques des recherches des dix dernières années sur le départ du personnel marquent sept différentes tendances :

- 1) les différences individuelles de la rétention telles que la confiance en soi et l'esprit de décision influenceraient le fait de quitter ou non (Barrick & Zimmerman (2005);
- 2) un intérêt continu envers le stress et les attitudes reliées au changement (ex. : l'acceptation au changement). Les effets des changements radicaux organisationnels

auraient un effet négatif sur l'intention de quitter du personnel. De plus, les stressors tels que la pression à accomplir les tâches augmentent significativement l'intention de quitter (Podsakoff et al., 2007);

- 3) des recherches empiriques sur des modèles incomplets. Des études ont rapporté un certain pourcentage de la variance de l'intention de quitter qui n'était pas encore expliqué par les modèles utilisés (Donnelly & Quinn, 2006);
- 4) un intérêt accru envers les variables contextuelles avec une emphase sur les relations interpersonnelles comme les comportements sociaux interpersonnels. Entre autres, Elvira et Cohen (2001) ont étudié l'effet des genres sur la rétention et il s'est avéré que lorsque la proportion des femmes est plus élevée dans un même niveau d'emploi, cela a un effet négatif sur leur rétention. Le comportement des femmes par rapport à leur rétention changerait lorsqu'elles sont en groupe de femmes par rapport à lorsqu'elles sont dans un environnement avec des hommes au travail;
- 5) une recrudescence de l'intérêt envers les facteurs favorisant le maintien en poste (ex. : engagement au travail) et non seulement sur les prédicteurs de quitter l'emploi. Une étude de Allen (2006) a trouvé qu'une organisation qui utilise des tactiques de socialisation entre les employés augmente leur rétention;
- 6) la construction de modèles dynamiques longitudinaux illustrant le processus de rétention (ex. : évolution du degré de satisfaction au travail). Par exemple, Bentein, Vanderberg, Vanderburghe, et Stinghamber (2005) ont montré que les changements au niveau de l'engagement affectif envers l'organisation étaient reliés à des variations de l'intention de quitter sur une période de six mois, et que les changements de l'intention de quitter étaient reliés à la rétention trois mois plus tard;
- 7) l'étude des variables modératrices. Il y a eu une considération de l'effet modérateur de certains phénomènes dans le processus de rétention (Holtom et al., 2008). À titre d'exemple, l'effet modérateur du salaire et de l'opportunité de promotion a été étudié pour expliquer l'influence de la performance d'un employé sur sa rétention (Salamin & Hom, 2005).

Les personnes performantes dans leur travail sont susceptibles de se faire offrir plus d'opportunités que la moyenne et donc d'envisager plus fréquemment la possibilité de quitter leur emploi (Trevor, 2001). C'est le cas ici des omnipraticiens, car étant donné la pénurie de médecins dans la province et ailleurs au Canada ou même dans le monde, il est facilement envisageable pour un médecin de déplacer sa pratique ailleurs. Ce qui importe de souligner ici, c'est que l'intention de quitter chez les médecins de famille s'avère le meilleur indice pour prédire leur départ effectif ou non (Hann et al., 2011).

Dans cette thèse, l'intention de quitter extra-organisationnelle (ex. : changer de lieu de pratique) sera plutôt considérée. En quittant leur emploi, les médecins brisent en quelque sorte le contrat psychologique qu'ils ont avec leurs collègues et les gestionnaires. Ce contrat psychologique, qui réfère à des accords tacites entre les membres d'une même clinique, d'un même groupe de travail (ex. : CLSC, hôpitaux) et même entre les médecins et les décideurs du gouvernement, résulte en des obligations réciproques entre les parties (Robinson & Rousseau, 1994). Lorsqu'un médecin sent que l'autre partie ne remplit pas ses obligations du « contrat », il en résulte une brèche dans ce contrat psychologique qui remet en question la relation entre les deux parties. Cette brèche a des effets sur l'intention de quitter (Zhao, Wayne, Glibkowski, & Bravo, 2007). Dans cette thèse, en lien avec le modèle JD-R (Demerouti et al., 2001a), on pourrait extrapoler en expliquant que les exigences du travail des médecins doivent être comblées par les ressources mises à leur disposition pour qu'ils sentent que chacune des parties remplit ses obligations et ainsi éviter une brèche dans ce contrat tacite.

Pour cette thèse, l'attention sera mise sur les raisons pour lesquelles les médecins quittent leur emploi, qui en est pourtant une prise par plusieurs et pour laquelle les individus ont investi temps, énergie et ont consenti nombre de sacrifices dans l'obtention de leur diplôme en médecine. Les chapitres suivants serviront à explorer davantage les relations entre les six construits mis en lien dans le cadre de cette thèse, soit: les composantes du modèle JD-R appliquées aux médecins (ressources et exigences au travail, engagement et épuisement), leur situation de conflit travail-famille et leur intention de quitter. La prochaine section décrit les objectifs de cette thèse desquels découleront trois articles.

1.3. Objectifs de recherche et structure de la thèse

Alors que l'intention de quitter son emploi (Burke, 1988; Netemeyer et al., 1996) est associée au CTF, Boyar et al. (2003) soulignent le peu d'attention accordée aux liens permettant d'expliquer la dynamique entre le CTF et l'intention de quitter l'emploi. La présente thèse sert notamment à pallier cette lacune dans la recherche sur l'intention de quitter l'emploi. La surcharge de travail des médecins, démontrée par Bonnières, Estryn-Béhar, et Laussaunière (2010) et Leopold (2009) ainsi que les ressources limitées (Bonnieres et al., 2010), suggèrent qu'ils vivent une situation de CTF importante, expliquant le départ de certains médecins chaque année au Québec. Dans l'échantillon de cette thèse (n = 1069), 95 % des omnipraticiens de la province de Québec, en 2011, travaillaient en moyenne entre 44.23 et 45.71 heures par semaine. Il faut toutefois souligner que l'échantillon était composé de médecins de tous âges, les omnipraticiens travaillant beaucoup plus que ce nombre d'heures et d'autres en diminution d'heures (semi-retraités). Les omnipraticiens du Québec demandent au gouvernement, depuis plusieurs années, entre autres une révision de leur salaire et de la disponibilité d'effectifs autres que des médecins (par ex. : infirmières) pour les aider dans leurs tâches quotidiennes.

Cette étude vise donc à proposer un modèle susceptible d'expliquer le rôle médiateur du CTF dans la relation entre le JD-R et l'intention de quitter son poste. Pour ce faire, les modèles les plus souvent utilisés dans la littérature sur le CTF et l'intention de quitter sont d'abord recensés dans le deuxième chapitre. Ensuite, afin de combler certaines lacunes identifiées dans la recension des écrits, un nouveau modèle est proposé. Étant donné que la dynamique entre les ressources et les exigences en emploi semble importante pour mieux comprendre le CTF et l'intention de quitter pour les médecins, c'est à l'aide du modèle JD-R que sont étudiées, dans cette thèse, les différentes relations entre ces phénomènes. Le modèle JD-R est un modèle adaptable à tous les types de professions.

La nécessité d'élaborer un modèle découle en fait d'une lacune de la littérature : aucun modèle ne semble avoir été testé, jusqu'à présent, pour expliquer la relation entre le CTF et l'intention de quitter autre que de façon directe (effet direct du CTF sur l'intention de quitter). Pourtant, d'autres facteurs pourraient intervenir et influencer la relation entre le CTF et l'intention de quitter (Adams et al., 1996; Frone et al., 1992). L'utilisation de la base du modèle du JD-R est également une première pour construire un modèle sur l'intention de

quitter, le JD-R ayant jusqu'à présent été utilisé pour comprendre l'engagement et l'épuisement au travail. La pratique étant axée sur les perspectives préventives avec des variables indépendantes telles que les exigences au travail et surtout les ressources au travail, il est très utile pour elle d'avoir des éléments concrets sur lesquels il est possible d'intervenir. Certaines ressources peuvent ensuite être ciblées afin d'instaurer des changements ou des interventions pour diminuer le CTF et ainsi garder les médecins en poste, ceci dans le but de suggérer des pistes d'actions applicables dans la pratique médicale, une fois les données recueillies sur les ressources au travail. En ce moment, il y a un manque de recherches sur les types d'emplois spécifiques à un modèle de rétention (Holtom et al., 2008).

Le modèle JD-R a été utilisé pour comprendre l'épuisement et l'engagement; par contre, aucune étude ne s'est attardée à comprendre comment le JD-R peut être utile afin d'étudier le CTF et l'intention de quitter. Par l'utilisation et l'application de ce modèle à la population des omnipraticiens québécois, il est permis d'aspirer à une meilleure compréhension de l'impact des exigences et des ressources au travail des médecins sur le conflit travail-famille, l'épuisement et l'engagement du modèle JD-R, et ultimement l'intention de quitter. **L'objectif général de cette thèse consiste à comprendre les phénomènes qui expliquent les relations entre le conflit travail-famille, les exigences et les ressources au travail, et l'intention de quitter chez les omnipraticiens.** Il en découlera une meilleure compréhension de ces phénomènes et une validation de ce modèle intégrateur. Cette thèse propose un portrait de la situation des omnipraticiens, dans la province de Québec, au Canada, en 2011. La compréhension de la dynamique de leur intention de quitter pourrait permettre, dans une phase ultérieure, d'améliorer leur rétention. Il sera question d'identifier les facteurs susceptibles d'affecter l'intention de quitter des omnipraticiens en positionnant la recherche dans une perspective préventive. Pour répondre à cet objectif général, quatre objectifs spécifiques auxquels se rattachent les trois articles de la thèse sont proposés :

Objectifs spécifiques de recherche :

- 1-** *Proposer un modèle intégrateur qui se veut une extension au modèle JD-R existant de par l'inclusion des problématiques du CTF et de l'intention de quitter.*
- 2-** *Vérifier le rôle du CTF dans les relations entre les exigences et les ressources au travail avec l'engagement et l'épuisement.*

- 3- *Appliquer le nouveau modèle proposé (Conflit Exigences-Ressources ou CE-R) à une population d'omnipraticiens pour le valider.*
- 4- *Évaluer les déterminants individuels et organisationnels de l'intention de quitter l'emploi des omnipraticiens à l'aide d'une typologie construite à partir de deux dimensions (CTF et la satisfaction à l'égard des ressources au travail).*

En cohérence avec ces objectifs, la thèse est structurée de la manière suivante. Dans le chapitre 2, nous proposons une recension des écrits qui mène à la proposition d'un nouveau modèle pouvant s'appliquer aux omnipraticiens à partir des construits suivants : le modèle JD-R, le CTF et l'intention de quitter. Avant d'exposer les études empiriques nous permettant de tester ce modèle, nous présentons la méthodologie générale au chapitre 3. Le chapitre 4 a pour objectif la validation du nouveau modèle sur l'intention de quitter des médecins. Le chapitre 5 vise à proposer une typologie sur l'intention de quitter des omnipraticiens afin de mieux comprendre la problématique et ses implications. Au chapitre 6, une conclusion générale est présentée avec l'exposition des contributions et les limites de cette recherche.

1.3.1. Présentation des trois articles

Pour répondre aux objectifs de cette recherche, une thèse par articles sera privilégiée.

Article 1 : Recension des écrits et proposition d'un nouveau modèle sur l'intention de quitter

Le premier article consiste en une recension des écrits et la proposition d'un nouveau modèle intérateur sur l'intention de quitter qui s'intitule le modèle « Conflit Exigences-Ressources » (CE-R). Cette revue théorique permet de proposer une extension au modèle JD-R en considérant le CTF et l'intention de quitter, plutôt que seuls l'épuisement et l'engagement. Elle permet également de faire ressortir le lien entre le modèle JD-R, le CTF et l'intention de quitter pour mieux discerner la dynamique entre ces phénomènes en milieu de travail. Cet article, présenté au chapitre 2, a été publié en janvier 2013 et a été présenté oralement à un congrès international en Floride, en 2013 :

« Mathieu, C. A., Biron, C., Mathieu, C. (2013). Application of the Job Demands-Resources Model to Family Physicians and their Intent to leave: Proposal of a New Model. *European Journal of Business Research*, 13(1), 37-60. »

« Mathieu, C. A., Biron, C., Mathieu, C. (2013). Application of the Job Demands-Resources Model to Family Physicians and their Intent to leave: Proposal of a New Model, Congrès *International Academy of Business and Economics*, Orlando, Floride, mars 2013. »

De ce premier article ont découlé les second et troisième articles qui sont tous deux des études empiriques.

Article 2 : Validation du nouveau modèle proposé à l'aide d'équations structurelles

Le nouveau modèle présenté dans l'article 1 (chapitre 2) est évalué dans le deuxième article au chapitre 4 à l'aide d'équations structurelles afin de vérifier les liens entre les variables de base du modèle JD-R avec le conflit travail-famille ainsi que l'intention de quitter. La performance du nouveau modèle contribue théoriquement à l'avancement des connaissances de deux manières, soit en opérationnalisant un nouveau modèle conceptuel et en utilisant une population de médecins. Sur le plan pratique, cette opérationnalisation permettra de mieux comprendre la dynamique complexe des motivations des médecins à quitter leur emploi. Cet article est soumis pour publication au journal *Relations industrielles/Industrial Relations*.

Article 3 : Proposition d'une typologie sur l'intention de quitter des médecins

Le troisième article vise à mieux comprendre la problématique de l'intention de quitter en proposant une typologie portant sur ce thème et grâce à laquelle le déplacement des individus d'un groupe à l'autre est exposé à la lumière de variables explicatives provenant à la fois du modèle JD-R et du nouveau modèle proposé (CE-R). La méthode utilisée dans ce troisième article, la régression logistique multinomiale, est présentée au chapitre 5. Cet article a recours à une population de médecins et développe le modèle en proposant une typologie sur l'intention de quitter de cette population, ce qui ne semble pas avoir été fait jusqu'à maintenant. Cet article expose les ressources ou les variables sur lesquelles il est possible de s'appuyer et qui sont susceptibles d'avoir un impact positif sur la rétention des médecins dans leur milieu de travail. Cet article est soumis pour publication au *Human Resource Management Journal*.

En somme, la présente thèse consiste à étudier la relation entre les construits du JD-R (la satisfaction face aux ressources, la satisfaction face aux exigences, l'épuisement et l'engagement), le CTF et l'intention de quitter l'emploi. Nous proposons un nouveau modèle de rétention propre aux médecins. Dans le chapitre suivant, nous exposons ces six construits en lien avec les médecins et tentons de mieux comprendre la dynamique entre ces trois concepts dans le but de proposer un modèle intégrateur représentatif de leur situation de rétention actuelle.

Chapitre II : (Article 1) Une recension des écrits et la proposition d'un nouveau modèle⁷

APPLICATION OF THE JOB DEMANDS-RESOURCES MODEL TO FAMILY PHYSICIANS AND THEIR INTENT TO LEAVE: PROPOSAL OF A NEW MODEL

Caroline A. Mathieu, Université Laval, Canada

Caroline Biron, Université Laval, Canada

Cynthia Mathieu, Université du Québec à Trois-Rivières, Canada

Notes sur les auteurs

Caroline A. Mathieu, Faculté des sciences de l'administration, Université Laval, Québec, Canada. Courriel : caroline-alexandra.mathieu.1@ulaval.ca

Caroline Biron, Faculté des sciences de l'administration, Université Laval, Québec, Canada. Courriel : caroline.biron@fsa.ulaval.ca

Cynthia Mathieu, Département des sciences de la gestion, Université du Québec à Trois-Rivières, Québec, Canada. Courriel : cynthia.mathieu@uqtr.ca

La correspondance concernant cet article devrait être adressée à : Caroline A. Mathieu, Faculté des sciences de l'administration, Université Laval, Québec, Canada. Courriel : caroline-alexandra.mathieu.1@ulaval.ca

⁷ Article publié en 2013 dans le *European Journal of Business Research*.

Résumé

Dans cet article, nous tentons de mieux comprendre l'intention de quitter des omnipraticiens en utilisant le concept du conflit travail-famille qui semble être une cause importante pour expliquer ce phénomène selon la littérature et les données statistiques des médecins québécois. Cet article consiste à une recension des écrits et expose les fortes exigences en emploi et les ressources insuffisantes auxquelles doivent s'adapter les omnipraticiens. Ce déséquilibre entre de fortes exigences et le peu de ressources expose les médecins à des effets délétères au plan de la santé physique et mentale, mais également au plan de l'organisation. En utilisant un modèle sur le stress au travail, soit le Job Demands-Resources (JD-R), conséquent avec la théorie de la conservation des ressources, nous proposons un nouveau modèle intitulé le conflit exigences-ressources. Ce nouveau modèle intègre les variables de base du modèle JD-R en le bonifiant du phénomène du conflit travail-famille pour tenter d'expliquer l'intention de quitter des médecins.

Mots clés: le modèle Job Demands-Resources, omnipraticiens, conflit travail-famille, intention de quitter, proposition du modèle conflit exigences-ressources

La décision de traiter de la situation des médecins omnipraticiens du Québec dans le cadre de cette recherche répond à l'urgence du problème du manque de médecins de famille au Québec. Pour favoriser le maintien en emploi des omnipraticiens, une compréhension adéquate de leur situation actuelle s'avère indispensable. Celle-ci permettra d'identifier les aspects nécessitant une amélioration. Une compréhension approfondie de leur situation en général, et de leur exposition aux risques psychosociaux en particulier, est d'autant plus pertinente que les causes de stress les plus importantes seraient les exigences élevées au travail et un manque de ressources.

Le risque élevé de problèmes psychosociaux constaté chez les médecins entraîne de nombreuses conséquences pour eux, parmi lesquelles on retrouve leur intention de quitter et leur conciliation travail-famille (CTF). Le présent article vise à mieux comprendre les relations entre ces phénomènes dans le but de proposer des pistes de solutions préventives. Dans un premier temps, cet article décrit les conditions de travail des médecins et les conséquences des risques psychosociaux associés à ces conditions de travail. Dans un deuxième temps, les concepts clés sont définis et les différentes dynamiques entre les six principaux construits (les quatre du modèle JD-R (exigences et ressources au travail, épuisement et engagement), CTF et intention de quitter) sont exposées à l'aide de la littérature.

C'est en utilisant les deux variables indépendantes du modèle théorique de Demerouti et al. (2001a), dit du Job Demands-Resources (JD-R) et présenté en 2001 comme modèle explicatif du stress au travail, que sont définies les conditions de travail des médecins actuels. Sans nier que chaque profession comporte ses facteurs de risque bien spécifiques, ce modèle (Bakker et al., 2003b; Demerouti et al., 2001a) se fonde sur l'hypothèse selon laquelle les facteurs de risque associés au stress au travail peuvent être classés en deux catégories générales (exigences au travail et ressources au travail), constituant ainsi un modèle général susceptible d'être appliqué à divers milieux de travail, indépendamment des exigences particulières et des ressources impliquées. Un deuxième postulat du modèle JD-R réfère à deux processus psychologiques distincts et déterminants dans le développement de l'épuisement et de l'engagement au travail. Dans le premier processus, des emplois mal configurés ou de fortes exigences en emploi (par exemple, la surcharge de travail, les exigences émotionnelles) épuisent les employés mentalement et physiquement, et peuvent

donc conduire à une diminution de l'énergie (un état d'épuisement) et à des problèmes de santé (Demerouti, Bakker, Nachreiner, & Schaufeli, 2000; Demerouti et al., 2001b; Leiter, 1993). Le deuxième processus proposé par le modèle JD-R est le type de motivation par lequel il est présupposé que les ressources au travail ont un impact potentiel de motivation et mènent à un haut niveau d'engagement, un faible cynisme et d'excellentes performances. En plus des principaux effets des exigences du travail et des ressources, le modèle JD-R conclut que l'interaction entre ces deux variables explique une partie importante du développement du stress au travail, de la motivation et du conflit travail-famille (Bakker et al., 2011). Plus précisément, il est démontré que les ressources au travail peuvent atténuer l'impact des exigences du travail sur le stress, y compris sur l'épuisement professionnel (Bakker et al., 2003b). Cette hypothèse est cohérente avec le modèle Demandes-Contrôle-Soutien de Karasek (1979, 1990) ainsi qu'avec le modèle du Déséquilibre Efforts-Récompenses de Siegrist (1996) : la latitude décisionnelle, la possibilité d'utiliser ses compétences, le soutien social et la reconnaissance sont autant de ressources pouvant être prises en considération par le modèle JD-R, alors que les exigences psychologiques (modèle de Karasek) et les efforts (modèle de Siegrist) sont prises en considération dans le modèle JD-R par la composante « exigences ». Par exemple, si ces exigences peuvent avoir trait à la charge quantitative, elles peuvent également se rapporter aux exigences émotionnelles, telles que le fait d'avoir à travailler avec une clientèle difficile ou dans un climat conflictuel. De plus, Bakker et al. (2011) ont récemment exploré d'autres implications empiriques de leur modèle en se penchant également sur les effets des exigences élevées et des ressources insuffisantes en emploi sur le CTF. Il est ressorti de ces études que non seulement cette combinaison augmentait le CTF d'un individu, mais que ce conflit entraînait des répercussions négatives sur le conjoint. La prochaine section décortique les différentes exigences et ressources des médecins, ce qui reflète une partie des conditions de travail des médecins des dernières années.

2.1. Cadre conceptuel général sur le stress

Le stress se définissait autrefois comme étant un stimulus, une réponse ou une interaction entre les deux (voir figure 3).

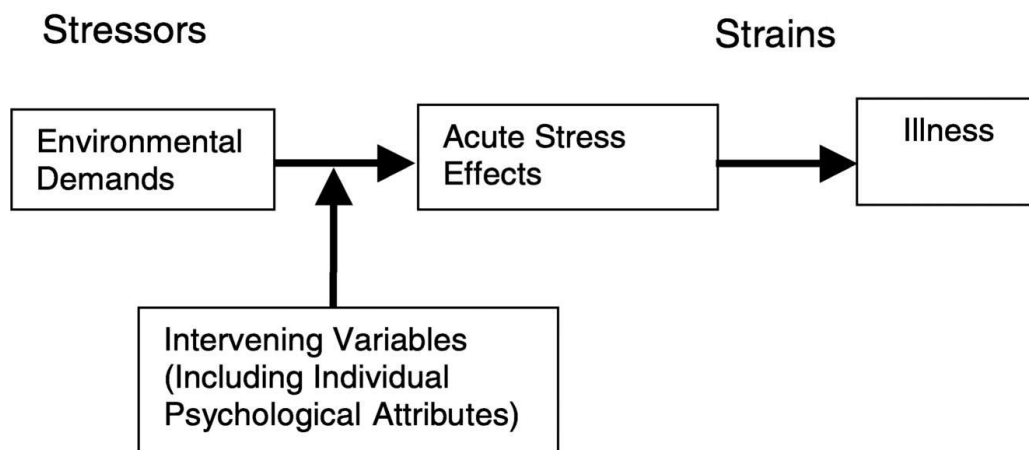


Figure 3. Un modèle de stress. Reproduit de *Organizational Stress : A Review and Critique of Theory, Research, and Applications*, Cooper, Dewe, O'Driscoll, 2001, Sage publications, Inc.

Afin de comprendre l'influence des définitions du stress sur les théories, il est important de comprendre une importante évolution concernant la définition de ce concept. Il faut d'abord prendre en considération les travaux de Lazarus (1990, 1999) sur le sujet afin de concevoir qu'il faut maintenant comprendre le terme « stress » comme étant plutôt une émotion discrète (Lazarus, 2001). On perçoit alors le stress comme étant un processus. Une telle définition suggère qu'aucune variable ne peut définir le stress comme tel car ce concept doit plutôt être compris comme étant relationnel, faisant partie d'un processus plus complexe. Le processus implique que le stress ne réside non seulement dans la personne ou dans l'environnement, mais plutôt de l'interaction entre les deux (Lazarus, 1990). Selon Cooper, Dewe et O'Driscoll (2001), le terme « stress » ne devrait plus être utilisé comme étant une « entité détachable », comme étant simplement un stimulus ou une réponse, mais bien en terme de processus. Le modèle transactionnel de Lazarus définit le stress comme étant le résultat de l'évaluation des exigences de l'environnement affectant les ressources des individus et affectant leur bien-être (Holroyd & Lazarus, 1982). Ce stress est alors le produit des relations entre l'individu et l'environnement.

Pour aller plus loin dans cette réflexion de processus, la théorie de la conservation des ressources qui a été mise en lumière par Hobfoll (1989), s'appuie sur le postulat que les individus se motivent en cherchant à conserver, protéger et construire des ressources et sont stressés lors de la perte potentielle ou réelle de leurs ressources. Les individus font des efforts pour préserver leurs ressources et pour les accumuler, les aidant ainsi à mieux s'outiller pour répondre aux exigences de la vie. Une ressource est alors tout ce qui est important pour une personne, contribuant positivement à son bien-être et lui permettant de s'adapter. Dans la perspective de la théorie de la conservation des ressources, Hobfoll (1989) a identifié soixante-quatorze types de ressources à travers les recherches dont certaines personnelles et d'autres de l'environnement. Il affirme que le modèle transactionnel de Lazarus met trop d'emphase sur le processus cognitif et donne peu d'attention à l'environnement comme tel. Selon Hobfoll, la théorie de la conservation des ressources a davantage d'implications pratiques. La prémisse de base de la théorie de la conservation des ressources stipule que des circonstances stressantes mènent vers une perte de ressources. Néanmoins, un gain au niveau des ressources est important pour la personne afin de développer et d'améliorer son niveau de bien-être psychosocial. Conséquents avec la théorie de la conservation des ressources, Demerouti et al. (2001a) ont construit le modèle du Job Demands-Resources pour expliquer le stress ressenti par les individus en relation avec les exigences et les ressources au travail (Figure 4).

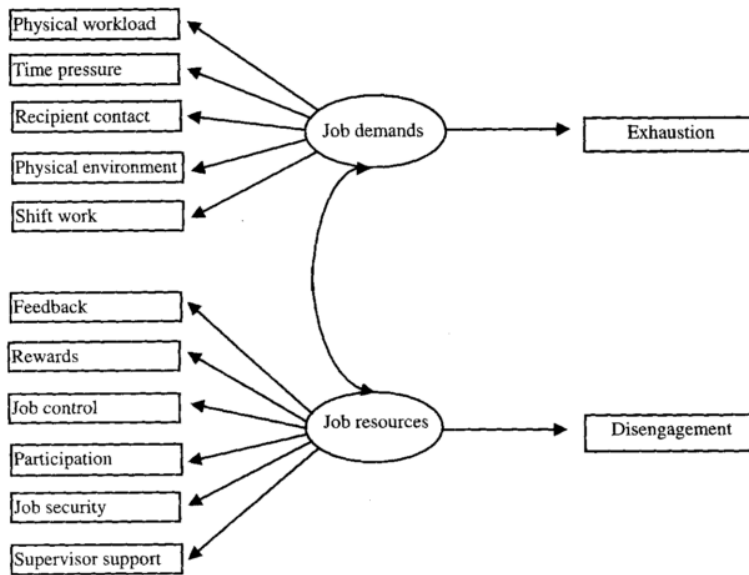


Figure 4. Le modèle JD-R. Reproduit de “The job demands-resources model of burnout,” par E. Demerouti, A. B. Bakker, F. Nachreiner, et W. B. Schaufeli, 2001a, *Journal of Applied Psychology*, 86(3), p. 502.

Une recension des différents modèles reliant l’environnement de travail, stress et santé (Althaus, Kop, & Grosjean, 2013) suggère que plusieurs modèles cherchent à rendre compte de l’impact de l’environnement de travail (variable indépendante), sur la santé (variable dépendante). Par contre, les modèles se distinguent dans l’opérationnalisation et les contenus de ces deux variables (Kop, et al., 2011). De plus, ils se différencient surtout quant aux variables intermédiaires qui agissent comme médiatrices ou modératrices (Rasle & Irachabal, 2001) dans les relations entre la variable indépendante et la variable dépendante. Suite à une analyse de dix-sept modèles sur le stress (dont entre autres le JD-R) Althaus et ses collègues (2013) suggèrent un cadre conceptuel général pour caractériser les différents modèles théoriques sur le stress et la santé au travail (figure 5).

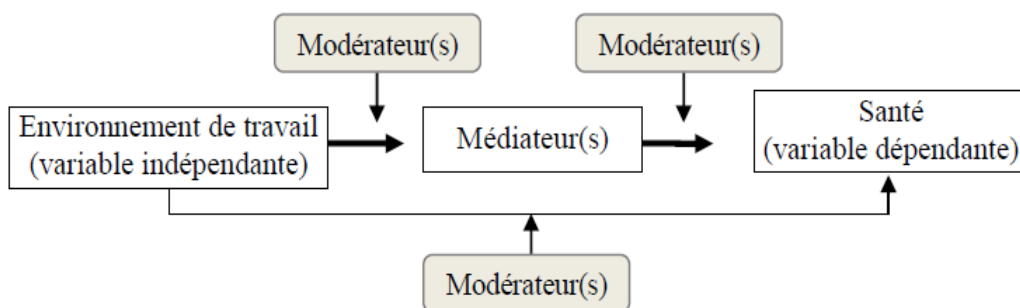


Figure 5. Un cadre conceptuel général pour caractériser les modèles théoriques de la santé au travail. Reproduit de “Recension critique des modèles théoriques reliant environnement de travail, stress et santé : vers un méta-modèle,” par V. Althaus, J. L. Kop, V. Grosjean, 2013, *Le travail humain*, 76(2), p. 11.

Les différentes théories sur le stress reflètent un certain nombre de perspectives, offrant toutes une lentille à travers laquelle la relation entre l’environnement de travail et l’impact sur la santé peut être explorée. Chacun offre une vision dynamique sur le concept du stress en tant que processus en mettant l’emphase sur l’importance du contexte à l’intérieur duquel la relation entre la personne et l’environnement prend place. Certains modèles comme celui de Karasek (1979) sont difficiles à caractériser car il est difficile d’identifier si les effets des exigences et du contrôle s’additionnent ou se multiplient (Dewe, O’Driscoll & Cooper, 2012). Ce modèle est tout de même largement utilisé étant donné que de nombreuses études ont démontré les effets délétaires des exigences psychologiques et du manque de contrôle et de soutien sur la santé cardiovasculaire et la santé mentale. Par contre, l’effet d’interaction entre les variables indépendantes (demandes psychologiques élevées x faible latitude décisionnelle = tension au travail), et (demandes psychologiques élevées x faible latitude décisionnelle x faible soutien social au travail = tension et isolement) n’a pas été répliqué de façon consistante dans toutes les études.

La relation entre l’environnement de travail et la santé est influencée à la fois par des variables modératrices et médiatrices. Une variable *modératrice* est une variable qui altère la direction ou l’intensité d’une relation entre deux variables alors que la variable *médiatrice* est influencée par la variable indépendante et qui influence, à son tour, la variable dépendante (Althaus et al., 2013). La médiation peut être partielle ou complète. Les variables médiatrices renvoient à des mécanismes processuels qui expliquent l’impact du milieu de

travail sur la santé des individus. Alors que des variables médiatrices telles que des processus perceptifs, processus évaluatifs, des réactions à court terme telles que physiologiques et comportementales ont été étudiées avec le modèle de Siegrist (1996), le modèle JD-R ne semble avoir été étudié qu'avec des variables médiatrices physiologiques. Dans cette présente étude, il sera question de variables médiatrices afin de mieux comprendre comment les risques psychosociaux tels que les exigences excessives et le manque de ressources exposent les médecins à des problèmes d'épuisement, d'engagement, et d'intention de vouloir quitter leur emploi. Avec l'ajout du CTF comme variable médiatrice dans le modèle JD-R, on renvoie ici à un processus évaluatif car ce ne serait pas l'environnement comme tel qui affecte la santé mais bien la perception du salarié.

2.1.1. Risques psychosociaux chez les omnipraticiens

Le modèle JD-R examine les impacts des exigences et des ressources au travail des individus. La prochaine section décrit d'abord les exigences se rapportant à la réalité des médecins pour ensuite exposer leurs différentes ressources disponibles (ou manque de ressources).

2.1.1.1. Exigences au travail

L'idéologie et la culture médicale

Les médecins doivent faire face à de nombreuses exigences dans le cadre de leur travail. Le parcours scolaire du médecin se caractérise par la performance et le succès. Les succès scolaires jettent les fondations d'une identité professionnelle forte dont la construction repose sur les piliers de la reconnaissance sociale et financière ainsi que sur la satisfaction d'exercer un travail aussi utile qu'essentiel (Maranda et al., 2006). Le médecin développe une identité fondée sur la performance et l'excellence, et se considère comme un acteur essentiel dans le système de santé. Il y a plusieurs décennies, les médecins tentaient de définir ce que signifiait « être en santé », ce qui leur donnait un certain pouvoir sur la vie des humains et dans la société. Aujourd'hui, la population en général est devenue plus conscientisée et sensibilisée à la question de sa santé et à celle de son entourage, ce qui a fait perdre un peu de lustre à cette profession. La population s'attend à ce que le médecin la soigne et la guérisse

dans des délais courts, ce qui peut indisposer le professionnel de la santé qui manque de temps pour rencontrer son patient ou pour le traiter. Une autre particularité propre à la médecine réside dans sa mission de combattre la mort et de vaincre la maladie. Cette lutte contre la maladie et la mort exige une performance continue et sans faille de la part du médecin, ce qui est pour le moins épuisant (Crépeau, 2003). Le rôle d'un médecin consiste à soigner et guérir, plaisir qui l'anime à exercer et où il y puise sa source.

Déontologie

Dans son identité, le médecin doit tenir compte d'exigences professionnelles fortement balisées par un code de déontologie qui voit à la protection des patients. Le médecin est tenu de justifier ses actes professionnels. On lui impose même, parfois, son lieu d'exercice. Ces exigences professionnelles reposent sur un système de sanctions en cas d'erreur.

Les obligations morales

Ce qui différencie la médecine de toutes les autres professions est sans contredit les obligations morales qui en découlent. Le travail des médecins est caractérisé par des obligations morales qui ne sont pas nécessairement présentes dans les autres professions. Contrairement à la plupart des travailleurs qui se sentent liés à un contrat psychologique avec leur employeur (Paillé & Dufour, 2013), il est important de comprendre que les médecins sont liés à une sorte de *contrat* ou d'*accord* moral implicite avec l'ensemble de la société. L'existence d'un lien entre la nécessité de la médecine et notre société incite à insérer un *contrat* moral entre les deux, *contrat* qui justifie l'autorité morale de la médecine dans la société et permet d'expliquer les obligations morales intrinsèques de la médecine (Cruess & Cruess, 2008). Ce *contrat* social ou hypothétique est souvent cité comme étant le point d'ancrage à la moralité ou au professionnalisme en général des médecins (Cruess & Cruess, 2008; Cruess & Cruess, 2011; Swick, 2000; Woodruff, Angelos, & Valaitis, 2008; Wynia, 2008; Wynia, Latham, Kao, Berg, & Emanuel, 1999). Cette obligation morale entre le médecin et la société se modifie avec l'évolution de cette dernière. Les exigences de la société envers les médecins sont donc en constante évolution.

Depuis quelques années, des auteurs se sont penchés sur les obligations morales des médecins et ont présenté différents modèles sur le sujet (MacIntyre, 2007; Miller & Brody, 2001; Pellegrino, 2001). Tout récemment, un auteur a proposé un modèle qui stipule que les obligations morales des médecins reposent plutôt sur l'engagement volontaire que sur un *contrat* hypothétique (MacDougall, 2013). On y souligne l'importance pour les médecins de saisir les implications de leur engagement moral envers la communauté, car de cet engagement volontaire découlent les engagements de la profession. Les médecins doivent activement travailler à créer un climat social dans lequel chaque médecin, de façon individuelle, peut avec enthousiasme et sincérité s'engager envers un code d'éthique qui le représente. Dans l'optique où le choix de carrière d'un médecin a été effectué de façon entièrement volontaire, il n'est plus pertinent de se référer à la notion de vocation comme c'était le cas il y a plusieurs années, car il s'agit non pas d'un *appel*, mais bien plutôt d'un choix personnel.

Restriction du temps

Les exigences élevées au travail et la courte durée de temps pouvant être consacrée aux patients lors des consultations amplifient le stress qu'éprouvent les médecins. Pour diminuer les listes d'attente et poser un diagnostic rapide qui évitera l'aggravation de l'état de santé des patients, les omnipraticiens doivent limiter leur temps de rencontre avec chacun de ceux-ci (Linzer et al., 2002). La pénurie de médecins n'arrange en rien la situation. Il ressort que pour les omnipraticiens, les demandes temporelles sont importantes en raison notamment de l'engorgement des salles d'attente, source de pression supplémentaire (Horner et al., 2011). Le médecin « idéal » doit être disponible en tout temps, même en dehors des heures de travail, ce qui réfère aux normes temporelles du « tout heure » dans la profession médicale (Ozbilgin, Tsouroufli, & Smith, 2011).

Intensité du travail

Le travail des médecins est non seulement restreint par le temps disponible pour leurs patients, mais il se caractérise également par l'intensité de l'effort qu'ils doivent investir dans leur travail au quotidien. Cette intensité dans le travail peut affecter la qualité et l'efficacité dans le traitement des patients. En général, l'intensité du travail des médecins se distingue

par deux éléments principaux : les exigences mentales et les restrictions de temps (Horner et al., 2011). L'intensité du travail d'un médecin est entre autres due au fait que ce professionnel doit prendre quotidiennement des décisions qui auront des impacts importants sur la santé et qui peuvent même faire une différence entre la vie et la mort des patients. Jacobson et al. (2011) ont mesuré l'intensité du travail des médecins selon neuf principaux facteurs regroupés en trois catégories : les observations générales (par ex. : la complexité inhérente du dossier médical de certains patients); les contraintes difficiles à observer telles que la fatigue physique (par ex. : être longtemps debout ou la manipulation d'un patient); les difficultés rencontrées en dehors des visites médecin-patient (par ex. : la gestion des dossiers). Les neuf facteurs affectent, chacun à sa manière et à différents degrés, les exigences mentales, physiques, temporelles et contribuent à ajouter frustration ou stress.

Charge de travail

L'exercice en clinique, fréquent chez les omnipraticiens, s'accompagne de l'obligation de remplir des fonctions administratives. Cette charge administrative, source constante de stress (Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux, 2010), est non seulement l'une des principales causes d'épuisement (Bonnières et al., 2010; Leopold, 2009), mais de surcroît, s'avère un élément significatif de risque de suicide chez les médecins (Leopold, 2009). Les médecins se sentent continuellement en situation de surcharge de travail (Goehring, Bouvier Gallacchi, Kunzi, & Bovier, 2005; Viviers, Lachance, Maranda, & Ménard, 2007). Une étude effectuée dans des unités pédiatriques a démontré que dans presque la moitié des cas (46 %), la charge de travail clinique était considérée comme excessive (Thommasen, Lavanchy, Connelly, Berkowitz, & Grzybowski, 2001). En raison des horaires de travail, seulement 22 % des médecins consultés croyaient pouvoir encore travailler dans ces unités après l'âge de 50 ans. Selon l'Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux (2010), qui représente 25 000 médecins de L'Île-de-France, l'épuisement et la surcharge de travail entraînent une dégradation de la qualité des soins apportés par certains médecins. Selon eux, huit médecins sur dix ont le sentiment de devoir souvent ou toujours se dépêcher. Dans une recherche, Leopold (2009) a analysé les données d'enquêtes de La Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France (CARMF) et de L'Union Régionale des médecins Libéraux (URML) et a identifié la surcharge de travail

comme étant au premier rang des causes d'épuisement chez les médecins. Trois études auprès de médecins sont arrivées à la conclusion que les exigences en emploi (surcharge) avaient un lien significatif avec le stress (Bultmann, Kant, & van den Brandt, 2002; Mino, Shigemi, & Tsuda, 1999; Stansfeld, Fuhrer, & Shipley, 1999). Dans l'échantillon de cette thèse (n = 1069), 95 % des omnipraticiens de la province de Québec, en 2011, travaillaient en moyenne entre 44.23 et 45.71 heures par semaine.

Composer avec les patients et chocs post-traumatiques

Un des éléments importants du travail des médecins, et des omnipraticiens en particulier, est la relation que ces derniers entretiennent avec leurs patients et les familles. Cette relation peut s'avérer stressante lors de moments critiques : par exemple, lors d'annonces de diagnostics négatifs et de mauvaises nouvelles (Bertrand et al., 2000). Les médecins doivent apprendre à composer avec les demandes des familles des patients.

Une étude de Van der Ploeg (2003) a examiné la relation souvent négligée entre les facteurs de stress aigus et chroniques et des symptômes de santé, tels que les réponses post-traumatiques, la fatigue et l'épuisement professionnel. Ce lien a été étudié à l'aide d'un échantillon de médecins dans onze services de santé publique des Pays-Bas. Il a été constaté que plus les événements rencontrés par les répondants sont traumatisants, plus ils ont des difficultés à faire face à ces événements. Des sources de stress chroniques ont été associées à des réponses post-traumatiques (intrusion et évitement) ainsi qu'à de l'épuisement et de la fatigue. À partir des réactions post-traumatiques, on peut établir une corrélation entre celles-ci et la fatigue et entre la fatigue et l'épuisement (Van der Ploeg, 2003).

Selon le modèle JD-R de Demerouti et al. (2001a), en plus des exigences au travail, l'accès à des ressources au travail a également une influence sur la santé psychologique. Selon eux, ces exigences et ces ressources sont propres à chaque type d'emploi. Certaines ressources apparaissent comme étant plus déterminantes pour la santé psychologique des médecins; nous les exposons dans la prochaine section.

2.1.1.2. Ressources au travail

La situation au travail des médecins se voit dégradée par le manque de ressources ou de moyens mis à leur disposition qui leur permettraient de répondre aux exigences du système de santé actuel. Dans un contexte de contraintes économiques, les problèmes varient entre manque d'espace, manque de temps et manque de ressources (Bonnières et al., 2010).

Autonomie

Selon le modèle Demandes-Contrôle-Soutien de Karasek (1979, 1998), la latitude décisionnelle constitue une forme de ressource qui influence fortement la santé psychologique et physique (Karasek, 1998). Les employés qui peuvent eux-mêmes décider comment répondre à leurs exigences en emploi ressentent moins de stress au travail. On parle ici d'autonomie et de latitude décisionnelle.

L'autonomie est la valeur la plus importante au travail pour les omnipraticiens selon une étude de Bouwkamp-Memmer et ses collègues en 2013. Cette constatation a également été soulevée dans d'autres recherches auprès de médecins de famille qui indiquaient que les médecins accordaient beaucoup d'importance au contrôle et à l'autonomie dans leur travail (Eliason, Guse, & Gottlieb, 2000; Eliason & Schubot, 1995). Les médecins qui perçoivent avoir une moins grande autonomie ou un moins grand contrôle dans leur travail s'avèrent être moins satisfaits de leur travail (Waddimba, Burgess, Young, Beckman, & Meterko, 2013). C'est pourquoi les recherches suggèrent d'encourager l'autonomie des médecins pour maintenir ou même augmenter leur satisfaction au travail. L'autonomie des médecins pourrait entre autres venir contrebalancer les effets indésirables produits lors d'un changement organisationnel. Cette autonomie maximiserait conjointement la satisfaction au travail et le service aux patients (Waddimba et al., 2013).

Certains facteurs contribuent à l'épuisement professionnel chez les médecins, parmi lesquels on retrouve le questionnement sur leur choix de carrière, le délaissement de leurs activités et la perception d'avoir un contrôle limité sur les services qu'ils offrent à leurs patients (Bertges Yost, Eshelman, Raoufi, & Abouljoud, 2005). Comme les listes d'attente sont longues, les médecins aimeraient donner un service de qualité aux patients et en voir un grand nombre; par contre, ils manquent de latitude décisionnelle quant au temps accordé à leurs patients afin de subvenir à leurs demandes. La faible latitude décisionnelle a été étudiée

en lien avec le stress et il s'est avéré qu'il y avait une forte corrélation entre les deux, spécialement pour les hommes (Bultmann et al., 2002; Stansfeld et al., 1999).

Salaire

Dans le modèle du déséquilibre entre l'effort et les récompenses de Siegrist (1996), la ressource importante est plutôt la récompense. L'auteur souligne le salaire, les récompenses pour l'estime et la sécurité d'emploi/opportunité de carrière.

Le Québec offrant de moins bons salaires aux médecins et cette province présentant la plus faible proportion d'unités hospitalières seraient des éléments associés à une plus grande insatisfaction au travail des médecins québécois comparativement à leurs collègues des autres provinces canadiennes, selon une étude de Lloyd, Streiner, et Shannon (1994). En 2014, les omnipraticiens voient leur augmentation de salaire gelée suite à des négociations avec un nouveau gouvernement et se verront imposer la loi 10 qui coupera alors certaines ressources aux médecins (Chouinard, 2014). De plus, les horaires de travail et le fait d'être rémunéré à l'acte ont été liés à la détresse psychologique selon Shanafelt et al. (2010).

Le modèle JD-R inclut toutes les ressources qui peuvent être utiles pour une profession particulière. Nous en avons recensé d'autres qui semblaient importantes pour les médecins, selon la littérature.

Insuffisance de personnel soignant

Au Québec, les omnipraticiens se voient dans l'obligation, imposée par le gouvernement québécois, de consacrer une portion de leur temps d'exercice en centre hospitalier. Mais la non-disponibilité du personnel soignant (p.ex. : infirmiers(ères), préposés(es) aux bénéficiaires), facteur de stress pour les médecins, se classe au deuxième rang des obstacles qui nuisent à leur travail et demeure une source de tension constante (Le Collège des médecins de famille du Canada - l'Association médicale canadienne et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2007; Roucayrol, 2001).

Soutien des collègues

Une des ressources importantes dans le travail des médecins omnipraticiens est le soutien des collègues médecins, des infirmières et d'adjointes administratives dans leur

clinique. Selon Maranda et al. (2006), certains médecins décrivent le manque de solidarité et de loyauté avec certains collègues comme étant un élément stressant dans leur travail. Les Conseils Départementaux de l'Ordre des médecins (2008) ont rapporté une plus grande insatisfaction relativement aux conditions de travail chez les omnipraticiens que chez les médecins spécialistes, de même que le sentiment d'un manque de reconnaissance de leurs pairs. Ceci est cohérent avec la campagne de la Fédération des Omnipraticiens du Québec en 2011 et 2012 qui revendiquait un meilleur salaire et une meilleure reconnaissance du travail de leurs membres. C'est en fait pour cette même raison que depuis 2012, au Québec, la discipline d'omnipraticien est désormais considérée comme une spécialité parmi les autres et non plus comme une branche distincte de la médecine.

Une étude auprès de médecins canadiens (Wallace, 2014) s'est penchée sur le sujet de l'importance du soutien des collègues sur différents aspects du travail. L'auteur a étudié trois types de soutien : émotionnel, informationnel et instrumental. Le soutien émotionnel implique recevoir de l'empathie ou de la sympathie d'autrui (Olson & Shultz, 1994). Le soutien informationnel réfère à recevoir des informations relativement au travail ou des conseils d'une autre personne (House, Umberson, & Landis, 1988), tandis que le soutien instrumental est tangible en prodiguant une assistance à un collègue pour l'aider à accomplir ses tâches ou faire son travail (Ducharme & Martin, 2000). Les résultats de son enquête, à l'aide des données de 1078 questionnaires, ont montré que le soutien des collègues est corrélé avec l'engagement au travail. Wallace (2014) a également trouvé que plus un médecin avance en âge, moins il reçoit les trois types de soutien. De plus, lorsque le médecin travaille davantage d'heures à la maison, moins il reçoit de soutien de ses collègues. Par contre, plus un médecin passe du temps à la maison avec ses enfants ou sa conjointe (ou conjoint), plus il en reçoit. Alors que les femmes médecins passent significativement plus d'heures auprès des enfants, de leur conjoint et à s'occuper des obligations familiales que leurs collègues masculins, elles reçoivent significativement plus de soutien émotionnel et informationnel que ces derniers. Il n'y a pas de différence au niveau du soutien instrumental entre les genres. Deux autres études ont examiné l'effet du soutien des collègues sur le stress et il s'est avéré qu'il y a une forte corrélation entre les deux (Bultmann et al., 2002; Stansfeld et al., 1999).

Formation

Une des ressources qui peuvent aider les médecins dans leur travail est la formation continue ou autres formations pour les aider dans leur travail. Dans le cas spécifique des omnipraticiens, il y a un manque de formation en gestion d'une clinique. Cette formation pourrait les aider à pallier aux exigences bureaucratiques et ainsi diminuer une source importante de stress et de détresse psychologique (Sutinen, Kivimaki, Elovainio, & Virtanen, 2002). De plus, une formation serait adéquate pour aider les médecins à composer avec une grande variété de patients et faire face aux différents types de clientèles (Coverdale, Gale, Weeks, & Turbott, 2001).

Ces fortes exigences en emploi combinées à des ressources insuffisantes amènent les médecins à subir des conséquences de l'exposition aux risques psychosociaux. Le modèle JD-R a été privilégié pour comprendre les conditions de travail des médecins, car il englobe les différentes ressources et exigences qui leur sont propres. Nous exposons maintenant les conséquences de l'exposition afin de bien cerner les enjeux pour les médecins québécois.

2.1.1.3. Conséquences de l'exposition au déséquilibre exigences-ressources

Dans cette section, nous abordons les conséquences d'une exposition à des exigences élevées et à des ressources insuffisantes pour les emplois dans le secteur de la santé dans différents pays. Même si ces métiers ne reflètent pas nécessairement les contraintes auxquelles les médecins sont exposés, les études dans le secteur de la santé font néanmoins état d'une situation préoccupante. Dans une étude portant sur le stress chez les infirmières et les médecins en Angleterre, il a été constaté que les hommes médecins généralistes ont obtenu des scores significativement plus élevés sur les échelles d'anxiété et d'épuisement que la population normative britannique (Rout, 1999a). En Écosse, les médecins de sexe masculin, dans un échantillon de familles à double carrière de médecins, percevaient leur travail comme plus stressant et moins satisfaisant que leurs consœurs (Swanson & Power, 1999).

Épuisement, détresse et fatigue

Dans le modèle JD-R, les deux concepts qui résultent des conséquences des exigences et des ressources au travail sont l'épuisement et l'engagement au travail.

Le terme épuisement professionnel est apparu dans les années 1970. Freudenburger (1974) définit l'épuisement comme étant : « un état de fatigue physique et mental causé par la vie professionnelle » et il évoque « une perte de motivation, spécialement lorsqu'une dévotion à une cause ne produit pas les résultats escomptés ». À ce moment, les individus épuisent leur énergie et perdent leur dévouement au travail. Ce n'est qu'au début des années 1980 que les recherches empiriques sur le sujet de l'épuisement ont été menées et publiées (par ex. Maslach & Jackson, 1981). Maslach et ses collègues (Maslach & Jackson, 1984) ont défini l'épuisement comme un processus caractérisé par une fatigue émotionnelle, une dépersonnalisation et un manque d'accomplissement personnel. L'épuisement émotionnel fait référence au sentiment de se sentir drainé émotionnellement par les autres avec qui nous sommes en contact. C'est la dimension centrale de l'épuisement professionnel. La dépersonnalisation fait plutôt référence à une réponse plutôt négative ou très détachée vis-à-vis ces personnes. Pour les médecins, cela se traduit à traiter les patients comme des objets plutôt que des personnes. Finalement, le manque d'accomplissement personnel est le déclin des sentiments personnels en lien avec nos compétences ou l'atteinte de nos objectifs, à ce stade, on s'évalue de façon négative (Maslach & Lieter, 2008). L'épuisement est maintenant vu comme étant un processus lent de perte progressive d'énergie et d'enthousiasme (Kant, Jansen, Van Amelsvoort, Mohren, & Swaen, 2004). Maslach (1982) suggère que la fatigue émotionnelle apparaît suite à des fortes exigences au travail qui drainent les ressources émotionnelles des individus. Comme stratégie d'ajustement au stress (*coping*), les individus limitent leurs implications envers les autres et se distancent psychologiquement. Les individus reconnaissent alors la divergence entre leur attitude actuelle et leurs attentes optimistes du début de leur pratique concernant leurs contributions potentielles à la société. Les individus ont le sentiment de ne pas en faire suffisamment en termes de relations avec autrui et d'avoir une piètre performance au travail. Initialement, l'épuisement professionnel était principalement un phénomène associé aux professions d'aide (p.ex. médecins, infirmières, travailleurs sociaux). Or, de plus en plus de chercheurs étudient le phénomène de l'épuisement auprès d'autres professions. Conceptuellement, l'épuisement ressemble aux

conséquences du stress qui fut étudié traditionnellement dans les recherches concernant le stress au travail telles que la fatigue et la dépression (Demerouti et al., 2001a). Les chercheurs ont trouvé plusieurs similitudes entre l'épuisement émotionnel et des réactions face au stress. Un épuisement, tout comme le stress étudié de façon orthodoxe ont entre autres comme cause de fortes exigences au travail et ont tous deux des effets sur le mouvement du personnel (Lee & Ashforth, 1996).

Ces problèmes de santé psychologique ont également été constatés dans des études Québécoises. En plus du manque d'effectifs qu'accuse le Québec, les médecins déjà en place éprouveraient certains problèmes de santé. En effet, près de la moitié (45,7 %) des médecins âgés de 35 à 44 ans qui ont répondu au sondage de l'Association médicale canadienne (n=2 251) auraient déclaré souffrir de fatigue ou d'épuisement (Crépeau, 2003). Cette étude a démontré que 47,6 % des femmes médecins et 44,6 % des hommes médecins se trouvaient à un stade avancé d'épuisement professionnel. Il appert que la perception de surcharge de travail a plus d'impact sur la tâche des médecins que la quantité réelle de travail (Thommasen et al., 2001). Selon l'Association médicale canadienne (2004) les médecins présentent un degré de détresse psychologique avoisinant les 46 % et l'une des principales raisons expliquant cet état de fait réside effectivement dans la surcharge de travail. Alors que la fatigue et la frustration sont des termes qui caractérisent souvent l'expérience de personnes travaillant dans le secteur de la santé (Maslach et al., 2001; Poghosyan, Clarke, Finlayson, & Ailen, 2010), le stress occasionné par le décalage entre le travail perçu et la grande quantité de travail accomplie accompagne souvent ces travailleurs. Par conséquent, les travailleurs de la santé font partie de la population à très grand risque de développer les effets négatifs des exigences trop élevées (Setti & Argentero, 2011). Selon une étude de Wallace et Lemaire (2007) auprès de médecins canadiens, cette demande élevée de travail affecte le bien-être psychologique des médecins. Par contre, les effets négatifs de cette surcharge peuvent se voir diminués par une ressource importante : le soutien des collègues. Une étude menée auprès d'ophtalmologistes du Québec sur leurs principales sources de stress indiquait une surcharge de travail et de la difficulté à se faire remplacer. Ceci entraînerait principalement de l'épuisement et une détresse psychologique chez ces professionnels (Vivier, Lachance, Maranda, & Ménard, 2008). Dans une autre étude chez les médecins généralistes en Angleterre, Rout (1999b) a constaté que les femmes médecins généralistes montrent des

signes positifs de bien-être psychologique contrastant avec un groupe normatif, tandis que les médecins de sexe masculin ont montré un niveau d'anxiété significativement plus élevé et des scores d'épuisement plus élevés que la norme.

Engagement au travail

Le concept d'engagement au travail a émergé à partir de la recherche sur l'épuisement, comme une tentative de couvrir l'éventail allant de l'employé malade (épuisement professionnel) à l'employé en rémission (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001). Selon Chaminade (2003), ce ne serait qu'en 1996 que la distinction aurait été faite en français entre l'engagement organisationnel, l'attachement professionnel et l'implication au travail, en associant le terme « engagement » à la relation individu-organisation. Depuis des années, de multiples définitions ont été proposées et celles-ci ont beaucoup évolué au fil du temps. Vandenberghe, Landry et Panaccio (2009, p. 278) ont proposé une définition de l'engagement qui est un amalgame de plusieurs définitions. Pour eux, l'engagement serait le « Lien perçu entre un employé et son organisation ». L'engagement organisationnel, tout comme la satisfaction au travail, repose sur une perception de la personne qui développe l'engagement. Contrairement à ceux qui souffrent d'épuisement, les employés engagés ont un sens d'engagement énergique et efficace envers leurs activités de travail et se voient eux-mêmes comme étant habile à composer avec les exigences de leur emploi. Plus spécifiquement, Schaufeli, Salanova, Gonzalez-Roma, et Bakker (2002) définissent l'engagement au travail comme étant un élément positif, un accomplissement, un état d'esprit relié au travail caractérisé par : (1) la vigueur (c.-à-d. un niveau élevé d'énergie et une résistance mentale au travail, une volonté de s'investir dans son travail et la persistance à faire face à ses difficultés); (2) le dévouement (c.-à-d. un sentiment d'importance, d'enthousiasme, d'inspiration, de fierté et de défi); et (3) l'absorption (c.-à-d. être entièrement concentré et absorbé dans son travail, penser que le temps passe vite et avoir du mal à se détacher de son travail).

Plusieurs chercheurs dont Chaminade (2003), prétendent que l'union de quatre conditions est nécessaire pour que naisse l'engagement : la cohérence (théorie de l'équité), la réciprocité (principe de donnant-donnant), l'appropriation et la transparence. La cohérence signifie que les employés veulent que l'entreprise qui les embauche soit impartiale et juste et

qu'elle s'assure que les employés soient traités équitablement entre eux, à l'interne et à l'externe (Chaminade, 2003). En ce qui concerne la réciprocité, les employés s'attendent à ce qu'ils donnent à leur employeur en termes d'énergie et de temps leur soit rendu à travers la reconnaissance et en répondant à divers besoins. Il s'agit alors d'une appropriation de l'entreprise par ses employés. Enfin, pour être engagé, l'employé doit savoir ce dans quoi il s'embarque. Les gestionnaires doivent trier l'information qu'ils jugent pertinente à transmettre aux salariés sans le faire au détriment de la transparence à laquelle les employés s'attendent (Chaminade, 2003).

Cette même étude a permis d'identifier quatre types d'engagement organisationnel. L'engagement affectif reflète un attachement émotif envers l'organisation alors que l'engagement calculé est conditionné par les avantages à venir qui sont non acquis (Chaminade, 2003, p.13). Vanderberghe et ses collègues (2009) soulignent que l'individu va manifester une attitude plus ou moins prononcée selon les ressources qu'il perçoit recevoir de son organisation. Troisièmement, l'engagement de type continu apparaît lorsqu'un individu considère les acquis qu'il perdra s'il quitte l'entreprise et plus le temps passe, plus ils auront des acquis, et moins ils auront envie de quitter. Finalement, l'engagement organisationnel normatif pousse les individus à rester en poste car ils pensent que c'est ce qu'ils doivent faire moralement même s'ils n'en retirent aucun bénéfice personnel. Suivant la pensée de Maslow (1968), l'intensité de ces pressions dépendrait de la personnalité et des besoins de chaque individu.

Deux études utilisant le modèle JD-R ont montré qu'en particulier, les ressources au travail ont un impact sur l'engagement au travail lorsque les exigences sont élevées (Hakanen, Bakker, & Demerouti, 2005). Les ressources au travail agissent comme agents modérateurs et diminuent la relation négative entre les débordements et l'engagement au travail. Une étude de Innstrad, Langballe et Falkum (2011), menée notamment auprès de médecins, a montré qu'un faible engagement au travail est un prédicteur d'anxiété et d'épuisement. Une étude menée auprès d'infirmières et de médecins suisses (Setti & Argentero, 2011) a également montré que de grandes exigences au travail diminuent l'énergie de ces travailleurs : le degré d'engagement augmentait au fur et à mesure que diminuaient les exigences au travail. Cette réduction d'énergie disponible et ce faible engagement s'accompagnaient de plaintes des médecins et des infirmières concernant leur santé. À

l'opposé, une augmentation de l'énergie et de l'engagement diminue les symptômes associés aux problèmes psychologiques.

D'autres chercheurs ont plutôt porté leur attention sur les différents types d'engagements et leurs liens avec leur intention de quitter (Boshoff & Mels, 2000). Parmi les différents types d'engagement (envers l'organisation, la tâche, la profession et le supérieur), il en ressort que l'engagement envers la profession soit celui qui ait le plus d'influence. En plus des conséquences relevées dans le modèle JD-R, d'autres conséquences de l'exposition aux exigences élevées et faibles ressources semblent s'avérer importantes pour les médecins.

Insatisfaction au travail

Une définition de la satisfaction au travail utilisée dans la recherche de Jackson-Malik (2005) était celle de Locke (1976, p.1304) : « Un état émotionnel agréable ou positif résultant de l'évaluation de son travail ou d'expériences de travail » (traduction libre en français). La satisfaction au travail est reliée à l'organisation médicale ou au fonctionnement de celle-ci, ainsi qu'avec la relation avec les collègues (Esteban, 2003). Les médecins les moins satisfaits au travail éprouvent davantage de difficultés à prodiguer des soins aux patients (DeVoe, Fryer, Hargraves, Philips, & Green, 2002). En rapportant des commentaires qualitatifs recueillis auprès de plus de 1 000 infirmières, Corey-Lisle, Tarzian, Cohen, et Trinkoff (1999) ont établi un lien négatif entre le stress et la satisfaction au travail. Parmi les prédictors de ce stress, on retrouve une fatigue émotionnelle due à des exigences excessives au travail (Jenssen, 1999) qui résulte parfois en épuisement (Bacharach, Bamberger, & Conley, 1991). Cette surcharge de travail ainsi qu'un faible degré de satisfaction au travail sont associés à la volonté de quitter son emploi (Jackson-Malik, 2005). Le nouveau gouvernement du Québec en place en 2014 a fait signer des nouvelles ententes avec la Fédération des omnipraticiens du Québec (FMOQ), touchant entre autres les salaires de ces derniers. Le président de la FMOQ a envoyé un communiqué à ses membres pour montrer son inquiétude pour le système de santé et son insatisfaction vis-à-vis le gouvernement et ses orientations en mode « économie d'argent » pour les années à venir (La Presse canadienne, 2014).

Absentéisme, présentéisme et santé

Une étude britannique a révélé qu'un faible taux d'absence pour cause de maladie s'avère un problème potentiel pour la santé chez deux groupes de professionnels : les médecins et les comptables/consultants (McKevitt, Morgan, Dundas, & Holland, 1997). Ces deux groupes avaient un faible taux d'absentéisme. Il était démontré qu'une forte majorité d'entre eux avaient travaillé à plusieurs occasions alors qu'ils se sentaient malades; ce cas de figure se retrouvait encore davantage chez les médecins. On appelle ce concept le présentéisme (Biron, Brun & Ivers, 2006). Le concept du présentéisme désigne le phénomène selon lequel une personne persiste à se rendre au travail en dépit de contraintes et d'un problème de santé qui devraient normalement l'inciter à se reposer et prendre un congé de maladie. Voici les raisons les plus fréquemment invoquées par les médecins pour se présenter au travail alors qu'ils étaient malades : il n'y avait personne d'autre pour faire leur travail à leur place; leur absence était injuste pour les collègues; les patients avaient des rendez-vous confirmés. De plus, McKevitt et ses collègues (1997) ont trouvé qu'un taux élevé de présentéisme et de fortes barrières culturelles (les normes, la culture du lieu de travail et l'éthique au travail) jouaient contre le fait de prendre des journées de maladie chez les médecins en centre hospitalier. Ces barrières culturelles ont été renforcées par des arrangements organisationnels qui, en l'absence d'un médecin, ont pour effet d'imposer une surcharge de travail chez les collègues. Des résultats similaires ont été obtenus dans une étude auprès des médecins norvégiens et suédois (Aronsson, Gustafsson, & Dallner, 2000; Rosvold & Bjertness, 2001). En fait, en dépit de leurs problèmes de santé ou leur fatigue, les médecins se présentent quand même au travail, souvent en raison des contraintes de l'organisation de leur travail : il est difficile de les remplacer et très souvent, des patients ont des rendez-vous planifiés depuis déjà longtemps.

En 2009, Demerouti, Le Blanc, Bakker, Schaufeli et Hox ont examiné les relations longitudinales entre les exigences du travail, l'épuisement professionnel (épuisement et dépersonnalisation) et le présentéisme. Ils ont recueilli leurs données à l'aide d'un échantillon de 258 infirmières qui ont rempli des questionnaires sur trois périodes différentes avec un intervalle d'un an et demi entre chacune des évaluations. Leurs résultats démontrent que les exigences des emplois ont fait augmenter le taux de présentéisme et que la dépersonnalisation est associée au présentéisme à long terme. L'épuisement et le

présentéisme exerçaient des influences réciproques : en d'autres termes, lorsque les employés expérimentent de l'épuisement, ils mobilisent des stratégies de compensation, lesquelles augmentent, en retour, leur épuisement.

En ce qui concerne l'aspect de la santé, il a été constaté que les travailleurs affichant un taux élevé de présentéisme développaient quand même d'importants symptômes médicaux (maux de dos, douleurs au cou, fatigue et déprime légère), et ce, plus souvent que les autres (Aronsson, Astvik, & Thulin, 1998). Cela est conséquent avec les signes de stress de l'étude de Michie (2002). Une autre recherche sur le présentéisme de Dew, Keefe, et Small (2005), réalisée en Nouvelle-Zélande auprès de trois groupes situés dans autant de lieux de travail (un petit hôpital privé, un grand hôpital public et une petite usine), suggère l'importance du phénomène du présentéisme dans la vie des travailleurs de ces différents milieux, mais la façon dont il est rationalisé et les facteurs qui le favorisent sont tout à fait distincts en fonction du milieu. Des milieux de travail particuliers devront être confrontés à des problèmes différents qui encouragent le présentéisme. Le modèle de cette recherche portant sur les omnipraticiens se veut une réponse à un milieu particulièrement touché par le présentéisme. Dans une recherche effectuée auprès de 5 071 hommes en Angleterre sans antécédents d'infarctus du myocarde, Kivimäki et al. (2005) ont trouvé que parmi ces participants, dix-sept pour cent (17 %) des employés en mauvaise santé ne s'étaient prévalu d'aucune absence lors des trois dernières années. Leur risque d'être victime d'un incident coronarien grave était deux fois plus élevé que celui des employés en mauvaise santé qui avaient un niveau modéré d'absentéisme pour raison de maladie (après ajustement pour les facteurs de risque classiques). Les employeurs et les employés doivent donc être conscients des effets potentiellement pervers qu'entraîne le présentéisme. Une étude réalisée auprès de 1004 omnipraticiens de Suède établit que les exigences élevées au travail et les contraintes combinées à un faible contrôle multiplient par trois les risques de santé (Sundquist & Johansen, 2001). Cette surcharge de travail engendre du stress et a un impact négatif sur la qualité des soins (Arnetz, 1997). Il existe également un lien entre le CTF et le présentéisme ainsi qu'entre celui-ci et l'intention de quitter (Camerino et al., 2010; Johns, 2011; Lerner et al., 2004).

On saisit pleinement l'importance de cette variable pour la population des omnipraticiens en reconsidérant le constat souligné précédemment, selon lequel plusieurs

médecins en place présentent des signes d'épuisement et qu'il s'avère impératif, dans un contexte de pénurie d'omnipraticiens, de conserver ceux déjà en place et réduire au maximum le risque de les perdre pour des raisons de maladie.

Automédication, drogues, alcool

Pour tenter de diminuer les effets désagréables de l'exposition aux risques psychosociaux, certains médecins consomment de la médication, des drogues ou de l'alcool. Mondialement, les recherches ont démontré que le taux des médecins ayant développé une dépendance à certaines drogues ou médicaments serait entre 30 et 100 fois plus élevé que dans la population en général (Rucinski & Cybulska, 1985). Ils afficheraient un taux d'alcoolisme situé entre 13 % et 14 % (Hughes, Storr, Brandenburg, & Baldwin, 1999). Cet état de fait serait associé à l'une des causes de stress les plus fréquentes chez les médecins et leur famille : la demande de l'équilibre entre le temps au travail versus celui avec la famille (Fabri et al., 1989). Une étude de Firth-Cozens (2001) révélait que l'épuisement et l'alcoolisme sont plus fréquents chez les médecins que dans la population en général, tout en présentant un taux semblable à celui des autres professionnels de la santé.

L'accès aux médicaments, privilège que détiennent les professionnels de la santé, peut devenir problématique lors de moments de détresse psychologique. L'automédication est fortement présente chez les médecins (Benneth & O'Donovan, 2001). Les chercheurs ont beaucoup étudié les variables qui ont un effet sur le conflit travail-famille (lequel est une des conséquences des risques psychosociaux), comme l'épuisement (Frone et al., 1992), la satisfaction familiale (Beutell & Wittig-Berman, 1999), la consommation excessive d'alcool (Frone, Russell, & Cooper, 1996) et la satisfaction au travail (Netemeyer, Boles, & McMurrian, 1996). La consommation abusive d'alcool et de médicaments serait l'une des causes précédant l'acte suicidaire des médecins canadiens (Léopold, 2009).

Suicide

Le suicide serait deux fois plus élevé chez les médecins que dans la population en général (Sakinofsky, 1987). Quatorze (14) études internationales portant sur le suicide chez les médecins, publiées entre 1963 et 1991, montraient que cette proportion serait de 1.1 à 3.4 fois plus élevée chez les médecins de sexe masculin et de 2.5 à 5.7 fois plus élevée chez les femmes médecins que dans la population en général (Lindeman, Laara, Hakko, & Lonnqvist,

1996). Au Québec, le gouvernement provincial a présenté, en collaboration avec le Bureau du coroner, une étude indiquant que pour les 154 médecins décédés entre 1992 et 2000, 22 s'étaient suicidés (14 chez les omnipraticiens et 8 chez les médecins spécialistes), ce qui représente 14,3 % des décès pour cette population.

Les conséquences associées à l'exposition des risques psychosociaux se répercutent également sur les soins prodigués aux patients.

Erreurs médicales

Une étude menée en Angleterre en 1997 révélait que 34 % des médecins qui rapportaient des incidents récents en reliaient la cause à des symptômes de stress (fatigue, pression, anxiété, alcool). Ces stress ont eu comme conséquences négatives une diminution des standards (50 %), de l'irritabilité et de la colère (40 %), des fautes graves (7 %) et des décès (2 %) (Firth-Cozens & Greenhalgh, 1997). Ce constat est cohérent avec une étude de Maranda et al. (2006) qui stipulait qu'un des principaux stress qui accompagnent les médecins quotidiennement est la crainte de faire une erreur médicale ou de donner un mauvais diagnostic.

Dans cette thèse, nous utilisons l'engagement au travail, l'épuisement qui sont deux variables du modèle JD-R, en plus du CTF et de l'intention de quitter pour référer aux conséquences de l'exposition aux contraintes psychosociales de l'environnement de travail. Le CTF et l'intention de quitter, qui sont deux conséquences de l'exposition aux contraintes psychosociales, seront présentés dans la section suivante, étant deux phénomènes centraux à notre thèse.

Ainsi, le fait que les médecins soient exposés de façon importante et chronique à des risques psychosociaux et qu'ils doivent faire face à un manque certain de ressources entraîne son lot de conséquences. Deux d'entre elles sont abordées plus spécifiquement dans la section suivante : le conflit travail-famille et l'intention de quitter leur emploi. Ces deux conséquences font l'objet d'une analyse plus particulière parce qu'elles pourront servir à répondre à la problématique actuelle de l'intention de quitter des omnipraticiens et aider à combler le manque de médecins. L'étude du CTF et de l'intention de quitter contribuera à fournir les outils nécessaires à la rétention des omnipraticiens actuels afin de faciliter l'accès à un médecin de famille pour les citoyens.

2.2. Le conflit travail-famille (CTF)

La variable CTF a été retenue comme phénomène principal pour expliquer l'intention de quitter suite aux sondages effectués entre 2003 et 2010 par le Collège des médecins de famille du Canada, l'Association médicale canadienne et le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada⁸. Ces sondages montraient l'importance qu'avait le conflit travail-famille dans les décisions prises par les médecins en ce qui concerne la formation continue, la diminution du nombre d'heures de pratique et le désir de déménager leur pratique. De plus, plusieurs études démontrent que l'intention de quitter des médecins est étroitement reliée au CTF (Greenhaus et al., 2001; Mathieu & Mathieu, 2012; Netemeyer et al., 2004; Rode et al., 2007; Yavas et al., 2008). Le conflit travail-famille a de nombreux prédicteurs reliés à des exigences et des ressources familiales ou personnelles ainsi qu'à des exigences et des ressources en milieu de travail.

Tenter de gérer le conflit entre les exigences familiales et celles associées au travail est un défi autant pour les individus que pour les organisations. C'est un sujet qui grandit en importance dans le champ des ressources humaines, d'autant plus que les individus avec un haut niveau de CTF tendent à être moins satisfaits de leur emploi (Kossek et al., 1998). À la fin du 20e siècle, les chercheurs ont commencé à réaliser que les différents domaines reliés à la vie d'un individu interagissent entre eux et doivent être étudiés dans le même cadre (Korman & Korman, 1980). Deux domaines ont attiré de façon spéciale l'attention des chercheurs : le travail et la famille (Gutek, Searle, & Klepa, 1991). Le changement de la nature des valeurs associées au travail a fait émerger l'influence que ces deux domaines ont entre eux (Pryor, 1987). Il est important de comprendre l'interaction entre ces deux domaines car la façon dont les individus réagissent face à l'interaction entre le travail et la vie familiale présente des répercussions pour l'individu ainsi que pour l'organisation (Carlson & Kacmar, 2000).

Les recherches sur le CTF au cours des années 1980 et 1990 se sont beaucoup intéressées à la définition du concept même afin de bien refléter sa nature complexe (Greenhaus & Beutell, 1985; Frone et al., 1996). Alors que les recherches supportent les propriétés générales de la réduction du stress par un mécanisme d'adaptation (Lazarus &

⁸ Sondage effectué par le Collège des médecins de famille du Canada, l'Association médicale canadienne et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, disponible à l'adresse : www.nps-snm.ca

Folkman, 1984), il est important de bien cerner les exigences et les ressources au travail qui affectent ce CTF pour pouvoir élaborer des interventions afin de diminuer le CTF ressenti. Dans les années 1990 et début 2000, les chercheurs se sont davantage intéressés aux prédicteurs plutôt qu'aux effets (St-Onge et al., 2002). Plusieurs études ont effectué des analyses entre les prédicteurs et le CTF en utilisant des corrélations, des analyses de variance et des régressions. Ce n'est que depuis quelques années que les chercheurs ont commencé à tester des modèles avec des déterminants et des effets de CTF en recourant à des équations structurelles (p. ex., Carlson & Kacmar, 2000). Cette thèse s'inscrit dans cette nouvelle tendance.

La théorie des rôles implique que l'utilisation du temps et de l'énergie d'un humain dans un rôle (un domaine) diminue le temps et l'énergie disponibles pour l'autre rôle, ce qui diminue la performance dans ce second rôle (Parasuraman & Greenhaus, 2002). Le temps et l'énergie consacrés à un rôle ne peuvent être investis dans le second.

Selon des études antérieures (p. ex. : Adams et al., 1996; Frone et al., Greenhaus et al., 1997; Parasuraman, Purohit, Godshalk & Beutell, 1996) le CTF serait un processus avec, comme point central, une relation positive entre le CTF et le CFT. Le modèle de base est illustré à la figure 6.

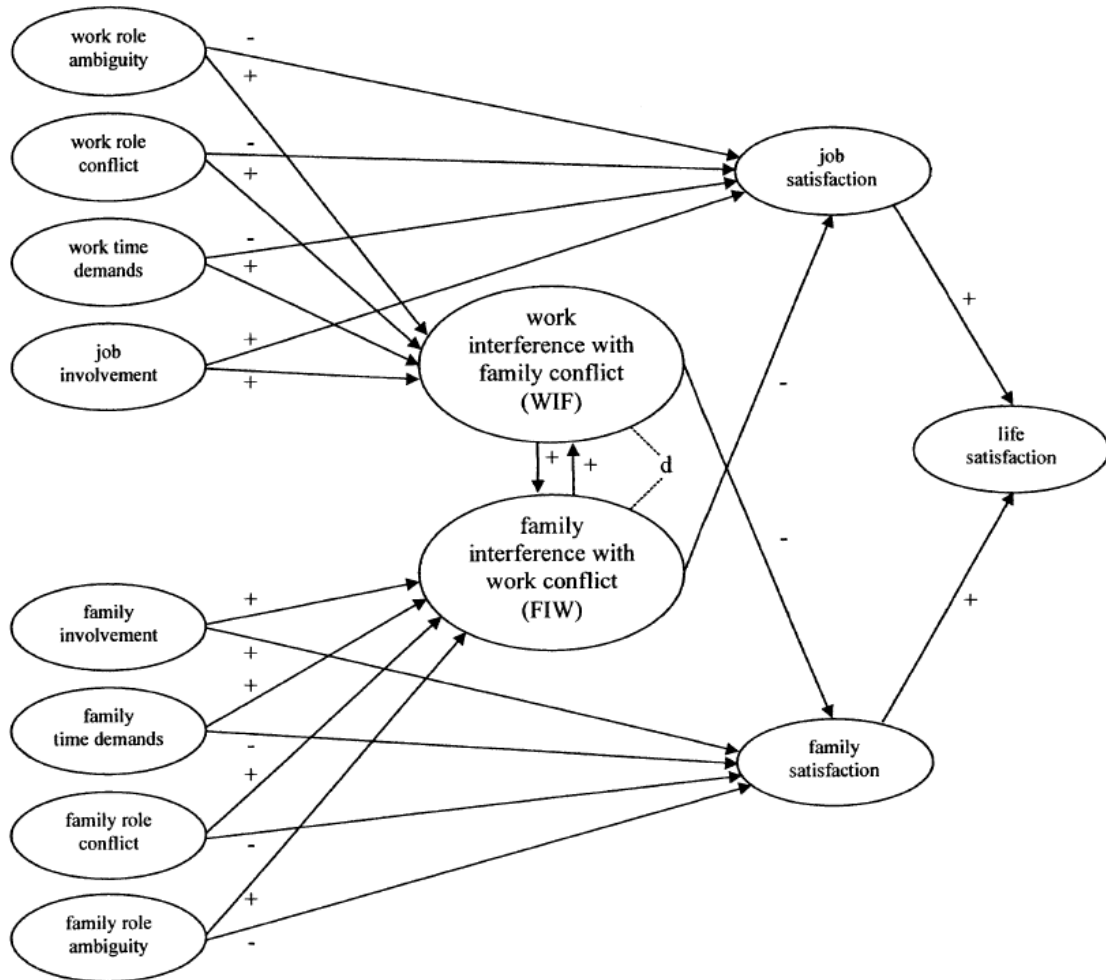


Figure 6. Modèle du conflit travail-famille. Reproduit de « Work–Family Conflict in the Organization: Do Life Role Values make a Difference?» par D.S. Carlson, K. M., Kacmar, 2000, Journal of Management, 26(5), p.1033.

Une recension des écrits de Kossek et ses collègues (1998) suggère que les chercheurs sur le sujet du CTF obtiennent parfois des résultats contradictoires pour deux raisons : la différence dans les mesures utilisées et une différence due à la population à l'étude. Les chercheurs ont initialement surtout été intéressés par la définition du construit et le sens de l'interaction entre le travail et la famille. Le CTF réfère aux pressions du travail interférant avec la vie personnelle et familiale, alors que le CFT réfère aux pressions ou problèmes familiaux et personnels ayant un impact négatif sur le travail. Les instruments qui mesurent

le CTF dans une seule direction performant mieux que les instruments généraux qui mélangent les deux types de conflit (CTF et CFT) (Kossek et al., 1998).

Une séparation des deux types de conflits est souhaitée pour l'examen des antécédents et des conséquences dans le processus. Lorsqu'un individu devient impliqué dans un rôle, il peut devenir préoccupé par ce dernier. Cette préoccupation interfère alors avec les exigences de l'autre domaine. Lorsqu'un individu éprouve un certain stress provenant d'un domaine, il est alors moins satisfait de ce domaine. Les valeurs d'un individu guident ses actions et deviennent la référence sur laquelle il se base pour définir ses rôles (Schwartz, 1994). Une prépondérance d'un rôle vis-à-vis l'autre engendre un CTF. En général, lorsque le domaine du travail est très central pour un individu, les prédicteurs du domaine familial ont alors un plus grand impact (Carlson & Kacmar, 2000).

Le CTF s'inscrit dans les concepts à prendre en considération dans le processus du stress. Après une journée de travail, revenir à la maison épuisé physiquement et émotionnellement à un tel point de ne pouvoir remplir les exigences familiales illustre bien la tension que peut amener ce conflit et son importance dans un processus de stress. Ceci résulte en une baisse de la performance et de la satisfaction de la vie au travail (Allen et al., 2000). Avoir à traiter à la fois avec les exigences familiales et celles du travail représente une source de stress pour plusieurs individus, ce qui mène pour certains vers des problèmes de santé (Allen et al., 2000). Les individus peuvent alors utiliser une stratégie d'adaptation cognitive ou comportementale afin de tenter de diminuer les effets négatifs des fortes demandes qui dépassent les ressources disponibles (Lazarus & Folkman, 1984). La nature des stressors contemporains tel que le CTF oblige les individus à devoir continuellement s'adapter afin de diminuer la détresse ressentie. Il ne semble pas y avoir de recherches ayant examiné les relations entre les styles d'adaptation (coping) au stress et la perception du CTF. Par contre, cette recherche permettra de mieux comprendre le rôle du CTF dans le processus de stress suivant le modèle JD-R.

Le stress au travail est un processus qui est souvent issu d'un déséquilibre entre les exigences et les ressources au travail (Cooke & Rousseau, 1984). Ce déséquilibre est susceptible d'affecter le CTF (Bacharach et al., 1991). Plus le déséquilibre est grand entre les exigences et les ressources au travail, plus il y a de chances que ce stress ait des conséquences sur un individu. Cette situation empêchera ce dernier de bien remplir les

exigences familiales et il en résultera un conflit entre le travail et la vie familiale. Il est plausible de croire que lorsqu'un employé ressent un certain CTF, il voudra davantage quitter son emploi pour tenter d'éliminer ce conflit (Greenhaus et al., 2001). Un haut niveau de stress associé à une augmentation de CTF pourrait également inciter les individus à vouloir quitter.

Pour contrer les effets négatifs du CTF, différentes organisations ont mis en place diverses mesures organisationnelles touchant les congés, l'aménagement du temps et du lieu de travail, les avantages sociaux, le soutien à la famille ainsi que la santé et le bien-être (Chrétien et Létourneau, 2010). Toutefois, plusieurs auteurs croient que les organisations ne doivent pas se restreindre à ces mesures mais plutôt tenter d'améliorer la culture organisationnelle pour en créer une qui favorise la conciliation entre les exigences familiales et celles du travail (Burke, 2006; Duxbury et Higgins, 2005; Chrétien et Létourneau, 2010). Selon Chrétien et Létourneau 2010, certaines cultures sont défavorables à concilier le travail et la famille : culture sexuée (organisation faisant la promotion des rôles parentaux traditionnels), culture des heures (Duxbury et Higgins, 2003) (le temps voué au travail est représentatif de l'engagement professionnel et de la productivité), culture du travail ou de la famille (indépendance à maintenir entre les deux sphères) (Kelloway et al., 1999), culture disjointe (fait la promotion de politiques de conciliation travail-famille mais en décourage l'accès), culture de l'argent (valorise la performance), culture incompréhensive (reconnait pas l'importance du CTF), culture des exigences du travail indiscutables (n'adapte pas les exigences du travail aux exigences familiales) et une culture hostile (représailles envers les employés lorsque les exigences familiales nuisent à l'organisation). Les employeurs ont intérêt à mettre en place une culture favorable à la conciliation travail-famille car une telle culture est négativement associée au CTF (Gordon et al., 2007), positivement associée à la satisfaction au travail (Sahibzada et al., 2005) et à l'intention de quitter (Thompson et al., 1999). Avant d'implanter des mesures organisationnelles pour une population, il est important de bien cerner la dynamique du CTF ressenti. Cette thèse tente de remplir ce rôle.

Le terme « harmonisation travail vie personnelle » est maintenant souvent utilisé dans le milieu de la pratique, mais semble encore peu présente pour les recherches. Dans cette thèse, il sera plutôt question de CTF car 1) cela correspond mieux au construit qui est utilisé dans cette thèse puisqu'il s'agit bel et bien d'une contrainte (et non de moyens de diminuer

cette contrainte par diverses interventions), et 2) parce que c'est davantage en lien avec la terminologie utilisée présentement au Québec avec la nouvelle norme sur la conciliation travail-famille du ministère de la famille⁹.

Afin d'enrichir le domaine de la recherche sur le CTF, il y a un besoin au niveau de la cohérence de la littérature. La comparaison entre les différentes études est limitée car certaines utilisent le CTF et le CFT de façon globale plutôt que deux construits séparés. Il est pourtant clairement indiqué dans la littérature que le CTF et le CFT doivent être utilisés comme étant deux construits (p. ex. : Kossek & Ozeki, 1998). De plus, plusieurs chercheurs n'ont utilisé qu'une partie de la population à l'étude pour leur recherche sur le CTF, comme par exemple seulement les employés avec des enfants ou employés étant mariés (p. ex. : Greenhaus et al., 2001). Boyar et ses collègues (2003) croient plutôt que l'utilisation de sous-groupes limite la généralisation des résultats et échoue au niveau de la considération de la population comme étant « un tout ». Selon eux, tous les employés sont à risque de ressentir le CTF et ne doivent pas être exclus des recherches. Finalement, selon ces mêmes chercheurs, il semble y avoir un problème avec les recherches concernant les relations entre le CTF, le CFT et l'intention de quitter qui peuvent limiter la généralisation. Good et ses collègues (1996) ont trouvé que le CTF était positivement relié à l'intention de quitter en utilisant une mesure globale du CTF (incluant CFT). Netermeyer et ses collègues (1996) ont pour leur part examiné les effets du CTF et du CFT sur l'intention de quitter. Deux échantillons sur trois étaient positivement reliés. Par contre, ils ont considéré le CTF et le CFT comme étant des variables bi-variées, sans évaluer l'effet de l'autre type de conflit sur le premier. Une autre étude (Greenhaus et al., 2001) a analysé séparément les deux types de conflit et a trouvé que seul le CTF influençait l'intention de quitter et non le CFT.

Le phénomène du conflit travail-famille est expliqué plus longuement dans cette section, étant donné qu'il sera étudié comme étant un phénomène important dans cette thèse pour mieux comprendre l'intention de quitter. Il sera question de comprendre les différents prédicteurs et conséquences de ce concept.

⁹ <https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/Famille/travail-famille/norme/Pages/index.aspx>

2.2.1. Les prédicteurs du conflit travail-famille

Pour faire un lien avec le modèle JD-R, une recension des écrits a d'abord été réalisée sur les prédicteurs du CTF. Par la suite, un tableau illustre le répertoire de ces différentes études sur le conflit travail-famille, suivant le modèle du JD-R, en classant les différentes variables qui influencent le CTF en deux catégories, soit (1) les exigences et ressources au travail et le CTF; (2) les ressources et les exigences familiales ou personnelles.

Exigences et ressources au travail et CTF

Plusieurs exigences en emploi sont positivement reliées au CTF : a) le nombre d'heures travaillées par semaine; b) un horaire irrégulier; c) l'irrégularité des quarts de travail ; d) le temps supplémentaire; e) les exigences quantitatives et émotionnelles au travail (Simon et al., 2004 ; Greenhaus & Beutell, 1985). À cela s'ajoutent le conflit de rôles, l'ambiguïté de rôles et les activités qui traversent les frontières entre le travail et la vie familiale, en plus des attentes sur le secret professionnel et l'objectivité dans le travail. Une étude de Adkins et Premeaux (2012), effectuée auprès de 544 participants provenant du secteur manufacturier, du secteur des services et des organisations à but non lucratif, mesurait de façon multidimensionnelle les effets linéaires et non linéaires du nombre d'heures travaillées sur le CTF. En cohérence avec plusieurs autres études (Byron, 2005; Drenzo, Greenhaus, & Weer, 2011; Greenhaus, Bedeian, & Mossholder, 1987), les résultats ont démontré l'existence d'une relation directe entre le nombre d'heures travaillées et le CTF, et que le nombre d'enfants influençait cette relation (le CTF augmentait avec un nombre élevé d'enfants). Le sexe et l'âge influençaient le nombre d'heures de travail, c'est-à-dire que les hommes en bas âge avaient tendance à travailler davantage que les femmes ou que leurs collègues plus âgés (Adkins et Premeaux, 2012).

Exigences et ressources au niveau de la famille ou de la vie personnelle

Pour Greenhaus et Beutell (1985), le CTF est influencé par des facteurs provenant non seulement du travail, mais également de la famille. Les facteurs qui influencent le conflit relié à la famille sont, selon eux : le temps (jeunes enfants, épouse qui travaille, nombre d'enfants), la tension (conflit de famille, peu de soutien de l'épouse ou de l'époux) et le comportement (attentes de compréhension et d'ouverture). Selon Adkins et Premeaux

(2012), l'interférence du travail avec la vie de famille était négativement corrélée avec le soutien émotionnel de la famille et de l'assistance instrumentale provenant de celle-ci. Ces résultats sont cohérents avec l'affirmation selon laquelle les familles éprouvent des difficultés à fournir du soutien social aux travailleurs de leur famille lorsque les exigences du travail de ces derniers interfèrent avec leurs exigences familiales (Beehr, 1995; Jackson, Zadeck, & Summers, 1985). Les participants avec un ou une conjointe avaient tendance à travailler un plus grand nombre d'heures que ceux qui n'en avaient pas (Adkins et Premeaux, 2012).

Pour ce qui est du niveau plus individuel, plusieurs recherches ont révélé une corrélation positive entre le CTF et les employés ayant des comportements de personnalité de type A (Burke, Weir, & Duwors, 1979, 1980; Werbel, 1978). Bakker, Demerouti, et Burke (2009) se sont intéressés au *workaholisme*¹⁰ en examinant la relation entre ce dernier et le conflit travail-famille. Les auteurs ont démontré une association entre le *workaholisme* et la réduction du soutien provenant du conjoint à travers le CTF. Ils indiquent que les individus qui avaient reçu un soutien considérable de la part de leur partenaire connaissaient une relation de couple plus satisfaisante. Leur recherche auprès de 168 couples des Pays-Bas propose un modèle sur le *workaholisme* et la qualité des relations de couple. Tout d'abord, les auteurs confirment la relation positive entre *workaholisme* et CTF; le CTF ressort comme prédicteur du soutien que le conjoint allait recevoir. Leurs résultats ont montré que le CTF agit comme variable médiatrice entre le *workaholisme* de l'homme et la qualité du soutien social fourni par sa conjointe. Le soutien social reçu par le conjoint était positivement relié à la satisfaction de la relation de couple (Bakker et al., 2009).

En 2011, une étude menée auprès de médecins américains soulignait que les femmes médecins, et plus précisément 85 % des femmes médecins mariées avec au moins un enfant à charge, avaient soulevé la nécessité d'une réflexion sur le sujet du conflit travail-famille (CTF) afin de favoriser la flexibilité dans le choix de carrière. Soixante-seize pourcent (76 %) des femmes médecins rapportaient endosser une plus grande part des responsabilités domestiques que leur conjoint, spécialement celles dont le conjoint exerçait la même profession qu'elles (Rohr-Kirchgraber & Welch, 2011). Par contre, 76 % des médecins

¹⁰ Il est à noter que le terme *workaholisme*, bien que tiré de l'anglais, n'a pas encore été traduit en français pour les publications scientifiques. Les termes comme travailolisme ou bourreau de travail sont utilisés dans le langage populaire sans toutefois être utilisés dans les publications scientifiques.

masculins rapportaient également avoir de la difficulté à trouver l'équilibre entre la vie personnelle et le travail, contrairement à 12 % en 1979 (Sotile & Sotile, 2000). Un sondage du AMGA¹¹ portant sur l'équilibre entre la vie familiale et le travail avançait que le CTF ne pouvait plus désormais être considéré comme un problème uniquement associé à un genre en particulier, mais bien plutôt comme partagé par les travailleurs masculins et présentant même une composante générationnelle. Des études montrent que les individus des générations X et Y accordent une plus grande importance au temps passé avec leur famille ou à leurs loisirs (Jacobs & Gerson, 2001). L'étude de Simon et al. (2004), menée auprès d'infirmières européennes, montre que l'âge aurait comme effet, à différents degrés, de diminuer le CTF.

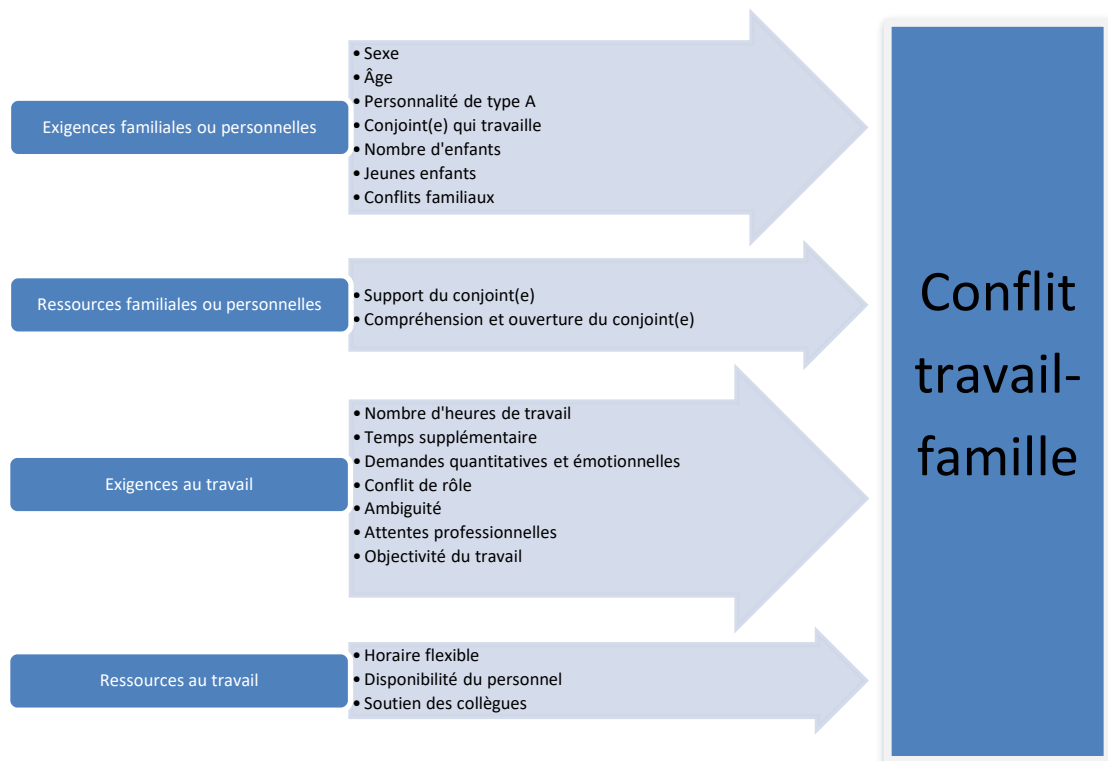


Figure 7. Les prédicteurs du conflit travail-famille provenant de la littérature, regroupés en quatre catégories. Figure originale, construite à partir de la littérature citée précédemment dans cette section.

¹¹ www.amga.org/Aboutamga/news/article_news.asp?k=507

2.2.2. Les conséquences du conflit travail-famille

Si certaines études recherchent les prédicteurs du CTF, d'autres, comme celle de Farquharson et al. (2012), s'intéressent plutôt à ses conséquences. Ces auteurs ont d'abord établi qu'un travailleur avec un degré élevé de CTF démontrait un faible niveau de satisfaction au travail, un taux élevé d'absentéisme ainsi qu'un niveau plus élevé d'intention de quitter. Adams, King, et King (1996) ont également montré une corrélation négative du CTF avec la satisfaction au travail et la satisfaction de la vie en général. Simon et al., en 2004, ont réalisé une étude sur le CTF auprès de 27 603 infirmières réparties dans huit pays européens. Il y a été suggéré que le CTF est positivement relié à l'épuisement et à la tension au travail (Bedeian, Burke, & Moffett, 1988). Plusieurs recherches ont vérifié la relation néfaste entre le CTF et la satisfaction au travail (Bruck, Allen, & Spector, 2002; Grandey, Cordeiro, & Crouter, 2005; Hammer, Kossek, Anger, Bodner, & Zimmerman, 2011) ainsi que la performance au travail (Yavas et al., 2008). Or, un des impacts du CTF est l'intention des travailleurs de quitter leur emploi (Boyar et al., 2003; Hammer et al., 2011; Netemeyer et al., 2004; Rode et al., 2007; Yavas et al., 2008). De plus, une étude menée auprès des médecins résidents de Sherbrooke (Mathieu & Mathieu, 2012) révèle que l'intention de quitter son emploi est reliée au CTF dans 20,2 % des cas. Il importe donc de prendre en considération la variable du CTF lors de l'évaluation de la variable « intention de quitter ».

Récemment, des chercheurs ont mis à jour une relation positive entre le CTF et une détérioration de la santé physique et psychologique (Hammer et al., 2011; McNall, Nisklin, & Masuda, 2010). Le CTF influencerait également l'absentéisme (Farquharson et al., 2012), le présentéisme (Camerino et al., 2010; Johns, 2011) et l'épuisement (Camerino et al., 2010). Boyar et al. (2003; 2005) ont effectué notamment deux recherches sur les conséquences du CTF (2003; 2005) et ont pu établir une corrélation entre le CTF et un départ prématuré du travail. Les employés (hommes et femmes combinés) affichant des niveaux élevés de responsabilités parentales et de CTF étaient plus enclins à quitter le travail de manière prématurée (Boyar et al., 2005). McNall et al. (2010) ont élaboré un modèle à partir des résultats d'une méta-analyse mettant en relation les données de 21 recherches. Ils arrivent au constat que le CTF est positivement associé à la satisfaction au travail et à l'engagement, conclusion cohérente avec le modèle de Greenhaus et Powell (2006).

Une étude de McNall et al. (2010), dans sa méta-analyse, suggère que le CTF et l'intention de quitter sont associés de façon indirecte. Pourtant, il est plausible de croire qu'un médecin vivant du conflit entre les rôles importants de vie serait plus enclin à chercher à quitter cet emploi avec exigences élevées pour conserver ses ressources. D'ailleurs, les résultats de plusieurs études suggèrent que le CTF est étroitement et directement lié à l'intention de quitter (Boyar et al., 2003; Greenhaus et al., 2001; Hagopian et al., 2009; Hammer et al., 2011; Netemeyer et al., 2004; Rode et al., 2007; Yavas et al., 2008). Cette contradiction entre l'étude de McNall (2010) et les autres études soulève la question à savoir quelle est la nature de la relation entre le CTF et l'intention de quitter. Cette thèse suggère un modèle qui explique l'intention de quitter de façon directe avec le CTF et également avec deux variables médiatrices (engagement et épuisement) entre le CTF et l'intention de quitter. Un lien direct serait par exemple un médecin qui manque de temps à passer avec ses enfants dû aux heures travaillées, ressent un certain CTF qui l'amène à vouloir quitter pour mieux s'occuper de sa famille. Un lien indirect pourrait par exemple être un médecin qui ressent un niveau de CTF élevé et devient épuisé de ne pas pouvoir remplir toutes ses exigences familiales et au travail; cet épuisement peut l'amener à vouloir quitter pour des raisons de santé (se reposer). Le nouveau modèle permettra de mesurer les liens directs et indirects pour mieux comprendre cette relation. Tel qu'illustré à la figure 8, on remarquera la présence de nombreuses variables influencées par le CTF qui sont en lien avec le milieu de travail :

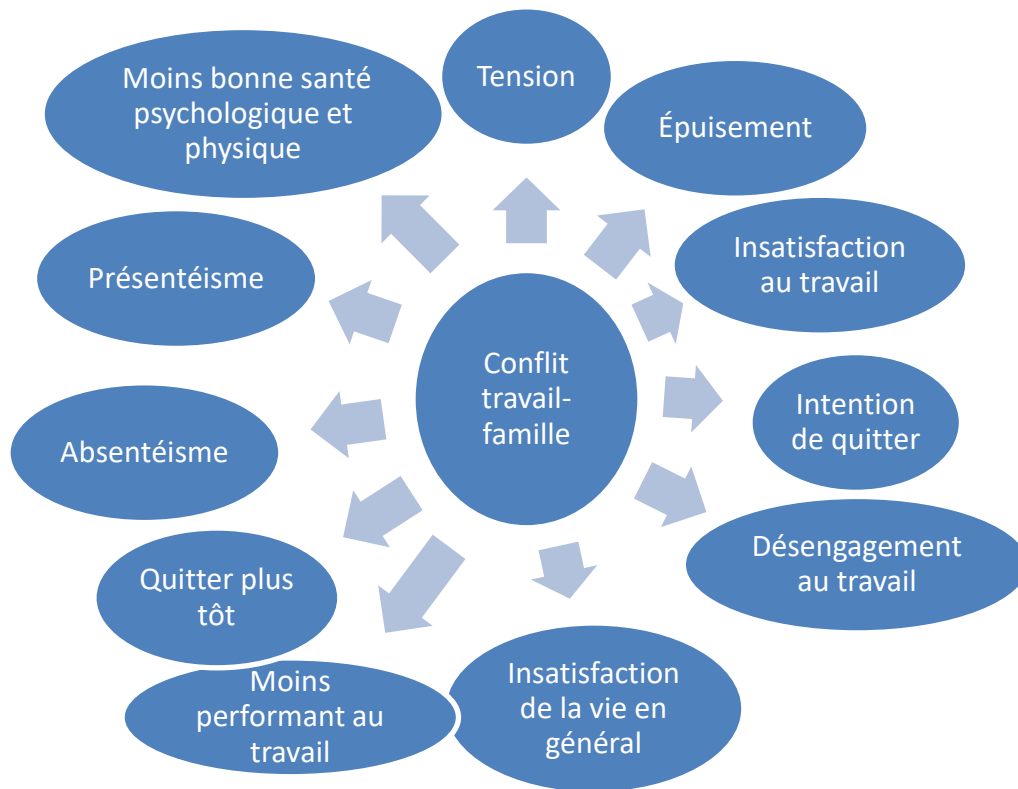


Figure 8. Les variables influencées par le conflit travail-famille dans la littérature. Figure originale, construite à partir de la littérature citée précédemment dans cette section.

Afin d'élaborer un modèle qui tenterait de comprendre la relation non linéaire entre le CTF et l'intention de quitter, il convient d'examiner d'abord la possibilité d'appliquer le JD-R au CTF.

2.3. L'application du modèle théorique du Job Demands-Resources au conflit travail-famille

En 2011, Bakker et al. ont testé leur modèle JD-R sur le CTF auprès de médecins résidents. Ils ont démontré que de fortes exigences en milieu de travail, combinées à peu de ressources, augmentaient de façon significative le CTF. Lorsque les ressources étaient nombreuses, les exigences du travail n'affectaient plus le CTF. Ils en ont conclu que le JD-R pouvait aisément être appliqué au CTF. Ces résultats contredisaient l'idée selon laquelle les ressources en emploi diminuaient les effets des exigences en emploi uniquement quand les ressources étaient directement reliées à des exigences précises. En revanche, ils appuient

l'idée selon laquelle une ressource au travail permettrait au médecin d'améliorer la gestion de son horaire et d'atténuer l'effet des exigences familiales (par ex. : l'appui d'un collègue devant la nécessité de s'absenter pour un rendez-vous important d'un de ses enfants). Non seulement le CTF doit être pris en compte dans les modèles des exigences et des ressources au travail, mais Bakker et al. (2005) ont montré, lors d'une étude menée auprès de 323 couples, que les sentiments positifs au travail peuvent se propager dans le domaine personnel ou familial. En 2008(b), Bakker, Demerouti et Dollard ont également établi que des exigences élevées au travail venaient augmenter le CTF des individus et avaient des répercussions en déchargeant une charge familiale supplémentaire au conjoint; des exigences au travail élevées obligent les individus à diminuer leur charge familiale et du même coup, à augmenter celle du conjoint (ou de la conjointe). Cet élément confirme que les domaines du travail et familial sont interreliés. En combinant les exigences au travail et les ressources personnelles, Bakker et al. (2008b) ont même montré que dans un contexte d'emploi caractérisé par de fortes exigences, les ressources personnelles contribuaient à une diminution de l'effet négatif des exigences sur l'engagement au travail et, ultimement, sur la productivité. La figure 9 représente les liens possibles entre les exigences et ressources tant au niveau du travail et familial avec le CTF. On peut donc penser que les médecins, reconnus pour leurs exigences élevées au travail, pourraient voir diminuer les effets négatifs de ces exigences avec des ressources personnelles ou familiales appropriées.

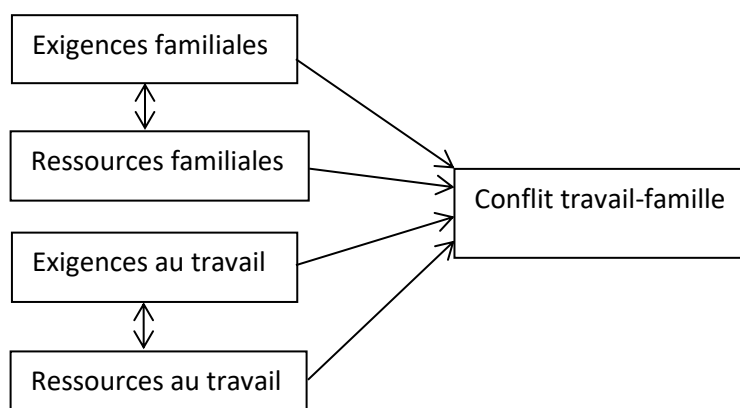


Figure 9. Modèle basé sur le JD-R illustrant les liens possibles entre les exigences et les ressources au niveau du travail et familial et le CTF. Modèle original, conçu pour cet article.

Dans cette thèse, nous nous attardons seulement aux exigences et aux ressources au travail puisque les stratégies préventives peuvent être implantées réellement en milieu de travail. Afin de comprendre la dynamique entre le modèle JD-R, le conflit travail-famille et l'intention de quitter, il convient maintenant de présenter ce qu'avance la littérature sur les prédicteurs de l'intention de quitter.

2.4. Les prédicteurs de l'intention de quitter

Dans cette section, il sera question de cibler les prédicteurs de l'intention de quitter afin d'essayer de comprendre ce que vivent les médecins. Les travaux de Johns (2011) montrent qu'en termes de désengagement envers le travail, l'intention de quitter constitue l'extrême d'un continuum. Selon lui, l'employé désengagé ressent d'abord de l'insatisfaction, puis sa productivité au travail en souffre; ensuite, ses absences augmentent progressivement pour, enfin, le voir initier le projet de quitter son emploi.

La satisfaction au travail est un facteur favorisant la rétention du personnel et est souvent utilisée comme argument dans les entreprises, mais la nature et la force de ce lien sont rarement mesurées dans le milieu médical (Hann et al., 2011). Cette relation entre la satisfaction au travail et l'intention de quitter a donc fait l'objet d'une étude (Hann et al., 2011), auprès de 1 174 médecins de famille en Angleterre. L'intérêt de cette étude réside principalement dans les constats qu'elle établit et selon lesquels un degré élevé d'insatisfaction serait associé à un degré plus élevé de l'intention de quitter; cependant, qu'un degré élevé de satisfaction ne préviendrait pas le fait de quitter comme tel. Les facteurs utilisés dans cette étude pour mesurer la satisfaction au travail étaient de nature intrinsèque (nature du travail, habileté à utiliser et à développer ses compétences ainsi que la reconnaissance pour ses réalisations) et extrinsèque (salaire, conditions de travail et heures de travail). On peut faire le lien entre les mesures de satisfaction extrinsèque et les ressources et exigences au travail du modèle JD-R. Les hommes obtenaient ici un degré inférieur de satisfaction envers leur travail que leurs collègues féminines. De plus, sur les 1 174 médecins de famille, un médecin sur six a quitté son emploi dans les cinq années suivant cette étude, ce qui est inhabituel pour un groupe d'âge encore éloigné de la retraite. Les facteurs contribuant le plus à prédire le fait de quitter étaient : une surcharge de travail, un manque de flexibilité des heures de travail et l'obligation de répondre aux exigences des patients (Hann

et al., 2011). Plusieurs modèles tentent d'expliquer le lien entre la satisfaction au travail et la rétention en faisant interagir ces variables avec la cognition, la recherche d'emploi et le fait d'avoir ou non des possibilités qui s'offrent à soi (Hom, Griffeth, & Sellaro, 1984; Hom & Griffeth, 1991; Mobley, 1977). D'autres, comme Arndt, Arnold, et Landry (2006), ont tenté de comprendre le lien entre la satisfaction et l'intention de quitter en examinant l'effet des « orientations polychroniques » avec un modèle simple.

D'autres facteurs ont été relevés comme étant prédicteurs de l'intention de quitter. Après avoir suivi des médecins qui graduaient comme urgentologues aux États-Unis, Hall et Wakeman (1999) en ont conclu que les raisons les plus importantes de quitter leur champ de pratique étaient le nombre d'heures des quarts de travail, le stress émotionnel (stress attisant des émotions susceptibles de perturber les facultés rationnelles), les considérations familiales et le stress physique. En 2009, Hapogian et ses collègues ont également mesuré l'intention de quitter chez des employés du système de santé ougandais. Les cinq facteurs identifiés qui diminueraient le risque de vouloir quitter étaient : une faible importance du salaire pour l'employé, un engagement actif dans le département, une charge de travail adéquate, une flexibilité à équilibrer les exigences du travail et celles de la vie personnelle ainsi que de meilleures possibilités de promotions. Le constat commun à ces deux dernières recherches est la corrélation positive entre le conflit travail-famille et le fait de vouloir quitter son emploi. Par contre, aucun des modèles répertoriés n'incluait la variable du conflit travail-famille.

Le stress engendré par le CTF ferait donc partie des prédicteurs de l'intention de quitter. En revanche, certains auteurs (ex : McNall et al., 2010) considèrent que les stresseurs (dont le CTF ferait partie) auraient un lien indirect avec l'intention de quitter, ce qui est cohérent avec l'idée selon laquelle une relation non directe existerait entre le CTF et l'intention de quitter. Tel qu'illustre la figure 10, cette série d'articles sur l'intention de quitter démontre déjà plusieurs variables qui influencent l'intention de quitter :

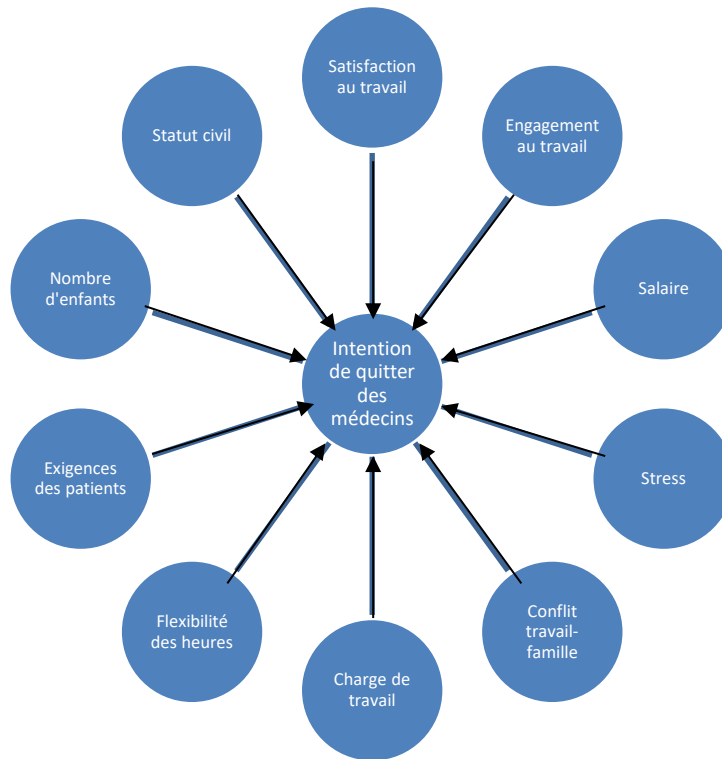


Figure 10. Les différents prédicteurs de l'intention de quitter des médecins. Figure originale, construite à partir de la littérature citée précédemment dans cette section.

Compte tenu des travaux de Johns (2011) et des travaux de Hann et al. (2011), démontrant que l'intention de quitter s'avère le meilleur prédicteur du fait de quitter réellement son emploi, et compte tenu que le conflit travail-famille est un prédicteur important de l'intention de quitter son emploi, le modèle proposé à la fin de ce chapitre prend en considération le lien entre ce conflit et l'intention de quitter. Il sera donc question d'analyser la relation entre les exigences et les ressources au travail du modèle JD-R, le CTF et l'intention de quitter, parce que cette relation semble former un continuum plausible et en lien avec les études citées dans la littérature des sections précédentes.

2.5. Lacune de ces modèles en termes de perspectives préventives

Dans la littérature, la relation entre le CTF et l'intention de quitter semble mesurée invariablement de façon directe. Étant donné que les personnes qui perçoivent un conflit entre leurs exigences professionnelles et personnelles sont plus désengagées au travail

(Adams et al., 1996; Frone et al., 1992) et que ce désengagement les amène à être plus enclins à vouloir quitter leur emploi, le modèle proposé mesurera le lien entre le CTF et l'intention de quitter avec des variables médiatrices (épuiement et engagement). Tel que mentionné *supra*, cette recherche tentera de comprendre le CTF et l'intention de quitter des médecins en utilisant le modèle du JD-R. Combiné aux postulats de base du JD-R sur les effets des exigences et des ressources sur l'épuiement et l'engagement au travail, le nouveau modèle théorique inclut le CTF et l'intention de quitter.

Il importe de souligner que le modèle JD-R se concentre sur les perspectives préventives, incluant des variables indépendantes telles que les exigences au travail et, surtout, les ressources au travail. Ce faisant, il s'avère d'une grande utilité pour la pratique sur le terrain, étant donné les éléments aussi concrets qu'opérationnels qui le composent et avec lesquels il devient possible de travailler dans une perspective pragmatique. En analysant le rôle des exigences et des ressources au travail, certaines ressources pourraient être ciblées afin d'instaurer des changements ou des interventions visant une diminution du CTF, accroissant par le fait même les probabilités de voir les médecins demeurer en poste. Diminuer les exigences n'est pas vraiment une avenue envisageable pour les médecins, car la pénurie d'omnipraticiens et les listes d'attente ne pourront se résorber qu'avec l'augmentation des effectifs. C'est dire l'importance d'une compréhension adéquate de l'impact des ressources dans le travail des médecins, car ce sont justement les ressources qui, suivant la logique des conclusions du JD-R, sont susceptibles de faire l'objet d'améliorations sur le terrain, améliorations qui entraîneront successivement la diminution du CTF, l'augmentation de l'engagement au travail, la diminution de l'épuiement et, ultimement, le maintien en emploi des médecins.

Cette thèse avec la proposition et la validation d'un nouveau modèle tente de combler des lacunes relevées dans la recension des écrits. Le tableau 1 présente un résumé de ces lacunes et les réponses que propose cette recherche à ces dernières.

Tableau 1. *Résumé des lacunes des recherches sur le JD-R, CTF et intention de quitter*

Lacunes dans la recension des écrits	Objectifs des articles
Les modèles sur le CTF ne se centrent pas autour d'une perspective préventive. Ils se focalisent plutôt sur les exigences au niveau du travail et au niveau familial et parlent peu des ressources au travail qui peuvent atténuer le conflit.	<i>Comprendre les phénomènes qui expliquent les relations entre le conflit travail-famille, les exigences et les ressources au travail et l'intention de quitter chez les omnipraticiens (article 1).</i>
Le lien entre le CTF et l'intention de quitter est mesuré de façon directe. Pourtant, certains effets du CTF sont des prédicteurs de l'intention de quitter, ce qui incite à admettre la présence de variables médiatrices entre le CTF et l'intention de quitter.	<i>Proposer une extension au modèle JD-R afin d'expliquer le rôle médiateur du CTF entre les ressources au travail avec l'épuisement et l'engagement ainsi qu'entre les exigences au travail avec l'épuisement et l'engagement (article 1).</i>
Aucun modèle sur l'intention de quitter n'inclut la variable CTF.	<i>Appliquer le nouveau modèle proposé (Conflit Exigences-Ressources ou CE-R) à une population d'omnipraticiens pour le valider (article 2).</i>
Le JD-R n'a été employé qu'à expliquer l'épuisement et l'engagement et non pas l'intention de quitter, qui est pourtant une conséquence probable.	<i>Appliquer le nouveau modèle proposé (Conflit Exigences-Ressources ou CE-R) à une population d'omnipraticiens pour le valider (article 2).</i>
Aucun modèle sur l'intention de quitter des médecins n'a été répertorié dans la littérature.	<i>Appliquer le nouveau modèle proposé (Conflit Exigences-Ressources ou CE-R) à une population d'omnipraticiens pour le valider (article 2 et article 3).</i>

2.5.1. Modèle de prévention au moyen des contraintes/ressources au travail

Comme Holtom et al. (2008) le suggèrent, la littérature accuse un manque d'études sur les types d'emplois spécifiques reliés à un modèle de rétention. On répond en partie à cette lacune avec le présent modèle qui se veut spécifique à la réalité des omnipraticiens en utilisant le JD-R. De plus, Bakker et ses collègues (Bakker, Demerouti, & Sanz-Vergel, 2014) ont souligné les lacunes dans les recherches sur les conséquences en terme de conséquences individuelles (autre que l'épuisement et l'engagement) résultant de l'exposition aux fortes exigences et au manque de ressources au travail. La proposition de

ce nouveau modèle répond à cette lacune en proposant une conséquence : celle de vouloir quitter son emploi. Les flèches en continu du modèle présenté ci-après sont tirées des différentes recherches de Demerouti et Bakker d'après leur modèle du JD-R et représentent une relation significative entre les phénomènes (Bakker et al., 2005; Bakker et al., 2008a; Bakker et al., 2008b; Bakker et al., 2011; Demerouti et al., 2001a, b; Demerouti, Bakker, & Schaufeli, 2005; Demerouti et al., 2009). Les flèches en pointillé proviennent de la littérature sur le CTF et l'intention de quitter, mais n'ont pas été vérifiées dans le contexte du JD-R (Frone et al., 1992; Jason-Malik, 2005; Mathieu & Mathieu 2012; Netemeyer et al., 2004; Rode et al., 2007; Schaufeli et al., 2002; Schaufeli, Taris, & van Rhenen, 2008; Yavas et al., 2008). Plusieurs autres variables auraient pu être incluses suivant les différentes lectures antérieures; cependant, pour être cohérent à la fois avec le JD-R et le sujet à l'étude « l'intention de quitter des omnipraticiens », la recherche s'en tiendra aux variables mentionnées dans les recherches des auteurs du JD-R -Bakker et Demerouti- en y ajoutant la variable du conflit travail-famille et l'intention de quitter. Tel qu'illustré à la figure 11, le nouveau modèle s'intitulera : « Conflit Exigences-Ressources ».

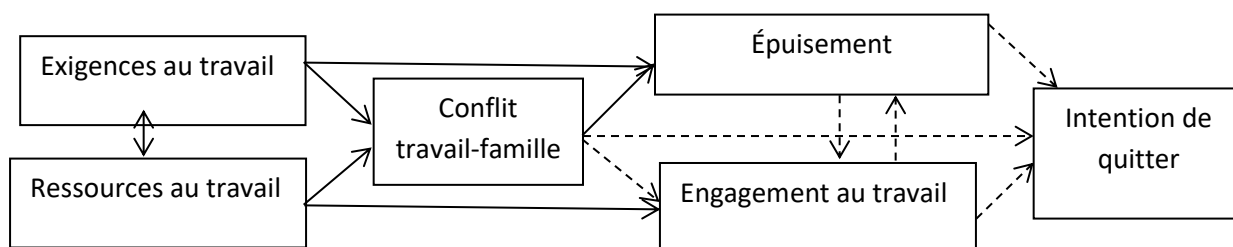


Figure 11. Basé sur le JD-R, le nouveau modèle proposé sur le CTF et « l'intention de quitter » pour les omnipraticiens du Québec : le modèle « Conflit Exigences-Ressources ». Modèle original, conçu pour cet article. Les flèches en pointillé proviennent de la littérature sur le CTF et l'intention de quitter, mais n'ont pas été vérifiées dans le contexte du JD-R.

2.5.1. Modération et médiation

Il est à noter que certaines études sur le modèle JD-R discutent de l'effet modérateur des ressources au travail sur la relation entre les exigences au travail et l'épuisement alors que cette thèse s'intéresse plutôt aux effets des variables médiatrices. Un effet modérateur peut être représenté comme étant une interaction entre une variable indépendante et un facteur qui spécifie les conditions appropriées pour son opération dans l'explication de la

variable dépendante (Baron, R. M., & Kenny, D.A., 1986). La modération implique alors une relation causale entre deux variables qui changent en fonction d'une variable modératrice (voir figure 12). Par contre, étant donné que l'objectif principal de cette thèse est de proposer et de valider un modèle intégrateur avec six différents concepts, les différents effets modérateurs ne seront pas pris en compte. Pour cette étude, il s'agira plutôt de vérifier les rôles médiateurs des variables qui seront parfois des variables explicatives ou des variables expliquées. L'idée principale étant que les effets de différents stimuli sur les comportements des médecins sont médiés par différents processus de transformation à l'intérieur du modèle proposé (CE-R) (voir figure 13). Alors que les variables modératrices expliquent « quand » certains effets se tiendront, les variables médiatrices expliquent plutôt ces effets en terme de « comment » et de « pourquoi » (Baron & Kenny, 1986) et c'est justement l'essence même de ce que nous tentons de comprendre avec les médecins; c'est-à-dire à tenter de comprendre pourquoi ils veulent quitter ou comment s'explique le processus de vouloir quitter leur emploi.

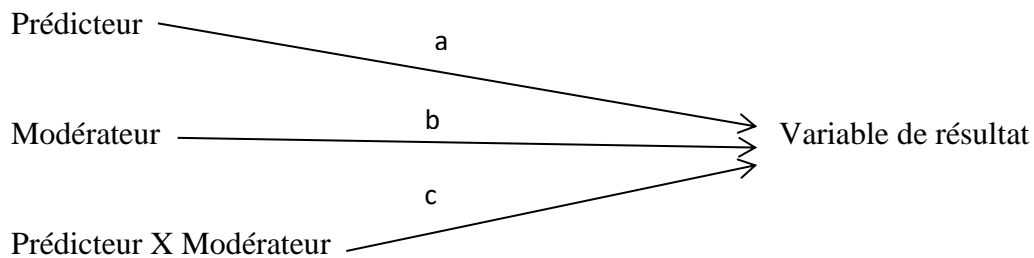


Figure 12. Modèle modérateur. Traduit en français et reproduit de « The Moderator-Mediator Variable Distinction in Social Psychological Research: Conceptual, Strategic, and Statistical Considerations » par R. M. Baron, D. A. Kenny, 1986, *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), p. 1174.

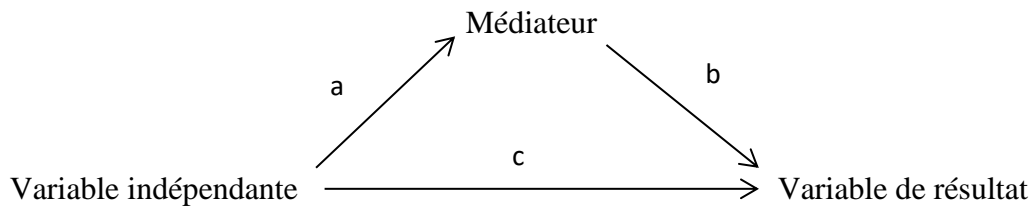


Figure 13. Modèle médiateur. Traduit en français et reproduit de « The Moderator-Mediator Variable Distinction in Social Psychological Research: Conceptual, Strategic, and Statistical Considerations » par R. M. Baron, D. A. Kenny, 1986, *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), p.1176.

2.6. Conclusion

Le but de ce chapitre consiste à approfondir la compréhension de la problématique de l'intention de quitter des omnipraticiens afin de les retenir en poste. Le phénomène du conflit travail-famille est utilisé comme variable médiatrice puisqu'elle apparaît comme l'une des causes les plus importantes, sinon la plus importante, pour expliquer le phénomène de l'intention de quitter, selon la littérature et les statistiques obtenues chez les omnipraticiens du Québec. Une recension des écrits a montré les fortes exigences au travail auxquelles sont confrontés les médecins et le peu de ressources mises à leur disposition. Ce déséquilibre entre les exigences et les ressources risque d'entraîner plusieurs conséquences négatives sur le plan psychosocial. C'est à l'aide du modèle de stress du Job Demands-Ressources, cohérent avec la théorie de la conservation des ressources, que fut construit un nouveau modèle : intitulé le modèle « Conflit Exigences-Ressources ». Il se veut une intégration des recherches de Demerouti et Bakker sur le JD-R et le conflit travail-famille, et de « l'intention de quitter », variable dépendante à l'étude.

Tel que stipulé dans l'étude de Demerouti et al. (2005), il importe de considérer le croisement entre les domaines du travail et de la famille; il serait donc utile pour des recherches futures de se pencher davantage sur le lien entre les exigences et les ressources familiales et tenter de les intégrer à ce nouveau modèle. Les catégories des exigences et des ressources familiales pourraient donc être utilisées et mesurées. De plus, d'autres chercheurs

pourraient bonifier ce nouveau modèle en y ajoutant des variables adaptées à leur population à l'étude.

Le chapitre suivant sera consacré à la méthodologie générale de la recherche et à des analyses statistiques descriptives sur l'échantillon de la population pour cette thèse. Cette méthodologie se rapporte aux deux volets empiriques qui sont présentés aux chapitres 4 et 5 et qui représentent les deuxième et troisième articles de la thèse.

Chapitre III : Méthodologie générale de la recherche et analyses statistiques descriptives

Dans le deuxième chapitre, une recension des écrits a permis de mieux comprendre le phénomène de l'intention de quitter et ses liens avec le modèle JD-R et le conflit travail-famille. Le premier article de thèse (chapitre 2) proposait un nouveau modèle qui incluait les quatre variables de base du modèle JD-R (ressources et exigences au travail, engagement au travail et épuisement), le conflit travail-famille et l'intention de quitter. Ces six construits sont donc à l'étude dans cette thèse. Ce chapitre 3 permet d'exposer la méthodologie utilisée pour les deux volets empiriques de cette thèse.

Premièrement, l'échantillon et le taux de réponse sont discutés. Deuxièmement, les instruments de mesure sont présentés et des analyses descriptives sont effectuées pour dresser un portrait des répondants. Troisièmement, des analyses pour vérifier le biais des non-répondants et des analyses de sensibilité sont réalisées à l'aide de tests de moyennes pour vérifier l'influence potentielle de certaines données sociodémographiques sur les résultats. Les autres méthodes d'analyse utilisées en vue d'atteindre les objectifs spécifiques des articles 2 et 3 (chapitres 4 et 5) sont détaillées dans leur chapitre respectif. Ce chapitre de méthodologie générale se justifie par le fait que les deux volets empiriques de cette thèse s'appuient sur la même base de données.

3.1. Échantillon

Les données utilisées dans le cadre de cette étude proviennent d'une enquête effectuée par l'entremise du logiciel Survey Monkey. Le questionnaire comportait vingt questions dont certaines correspondent aux six construits de cette recherche (satisfaction face aux ressources, satisfaction face aux exigences, engagement au travail, épuisement, conflit travail-famille et intention de quitter) en plus de celles couvrant les données sociodémographiques. Dans cette thèse, il s'agit bien de mesurer la satisfaction face aux ressources et aux exigences au travail, se référant plutôt à leur qualité, selon les médecins, qu'à leur quantité. Un courriel d'invitation à remplir le questionnaire a été envoyé au début

du mois de février 2011 par le vice-président de l'organisation provinciale qui s'occupe de défendre les droits des omnipraticiens (FMOQ), dans le but de maintenir la confidentialité de la liste de courriels de ses membres. Le courriel d'invitation, signé par le vice-président et la chercheuse principale (moi, Caroline A. Mathieu), visait deux fins : expliquer la recherche et rappeler le libre choix de le remplir ou non. La première page du questionnaire en ligne s'ouvrait sur la mention du caractère confidentiel de l'étude, à la suite de quoi le participant devait confirmer son consentement libre et éclairé avant de poursuivre le questionnaire. L'invitation à remplir le questionnaire a été envoyée à environ 5 000 omnipraticiens de la province de Québec, le nombre exact fluctuant selon les ajouts et retraits d'adresses électroniques. Les répondants disposaient, dans un premier temps, de deux semaines pour répondre au questionnaire. Un rappel a été envoyé à la mi-février 2011. En moyenne, les omnipraticiens répondaient dans les trois jours suivant l'invitation. En tout, 1 112 questionnaires ont été complétés, parmi lesquels 43 se sont avérés inutilisables en raison de données manquantes (seul le consentement du participant avait été complété). Ce sont donc 1 069 questionnaires qui ont été conservés pour les fins d'analyses de cette recherche.

3.2. Taux de réponse

Au final, 1 069 questionnaires ont été retenus aux fins d'analyses de cette recherche. Étant donné que les informations sur les médecins sont confidentielles, il n'est pas possible de déterminer, parmi les médecins qui ont reçu le courriel d'invitation, lesquels se trouvaient en vacances, absents, en congé de maladie, en activités de recherche à l'extérieur ni même combien d'entre eux avaient changé de lieu de travail ou d'adresse électronique sans en avoir avisé leur fédération. Sans tenir compte des répondants qui n'ont pu remplir le questionnaire pour différentes raisons, le taux brut de réponse s'élève à 22,24 %.

Ce taux de réponse peut sembler faible ; par contre, plusieurs autres études ont obtenu des taux similaires ou inférieurs auprès d'une population de médecins, car ceux-ci sont particulièrement difficiles à rejoindre. Des études comparables auprès de cette population ont été effectuées à partir d'échantillons de taille inférieure : une étude sur le bien-être psychologique auprès de 886 médecins finlandais indiquait que seulement 9 % des répondants avaient complété les informations nécessaires aux quatre phases de leur étude

(Elovainio et al., 2013) ; une autre étude menée auprès de médecins canadiens au sujet de la médecine personnalisée a obtenu un taux de réponse de 8.3 % (Bonter, Desjardins, Currier, Pun, et Ashbury, 2011). Même si une étude stipule que les recherches organisationnelles atteignent en moyenne un taux de réponse de 48 % (Barush et Holtom, 2008), Sudman et Blair (1999) ont révélé que les sondages effectués auprès des médecins atteignaient typiquement un taux de réponse de moins de 10 %. Une étude récente qui a analysé des dizaines de sondages effectués auprès de médecins conclut que les taux de réponse depuis 1998 semblent en déclin chez cette population (McLeod, Klabunde, Willis, & Stark, 2013).

Il est reconnu que les questionnaires expédiés en ligne ont un taux de réponse de 11 % inférieur aux autres méthodes de cueillette de données, en raison d'un plus haut taux de non-répondants; l'estimation de l'échantillon initial s'en voit affectée (Manfreda, Bosnjak, Haas, & Vehovar, 2005). La méthode de passation de questionnaires de recherche par Internet s'avère moins efficace que par envoi postal : le courriel d'invitation est susceptible de se retrouver dans les courriels indésirables et ne jamais être consulté, notamment en raison de la méfiance ou de l'indifférence du répondant envers l'expéditeur, ou alors dû aux filtres antipourriels. D'autres recherches ont également montré que les taux de réponse par Internet sont significativement plus bas que les taux de réponse par courrier (Kim et al., 2000; Leece et al., 2004; McMahon et al., 2003; Messer & Dillman, 2011; Millar & Dillman, 2011).

De plus, comme les médecins sont une population peu réceptive (Klabunde et al., 2012) vu leur emploi du temps très chargé et vu le nombre de sollicitations à participer à plusieurs recherches médicales ou autres, on peut considérer le taux brut de réponse de 22,24 % comme étant plutôt bon.

3.3. Instruments de mesure

Dans cette section, les instruments de mesure des variables sont décrits dans un premier temps. Ensuite, des statistiques descriptives sont présentées ainsi qu'une analyse de sensibilité comportant quelques variables sociodémographiques. Finalement, le biais des non-répondants est analysé. Il faut rappeler que dans les chapitres 4 et 5, les analyses propres à ces articles seront présentées de façon détaillée. Il est à noter que l'annexe A expose les définitions opérationnelles des variables et leur consistance interne et l'annexe B donne les descriptions des instruments de mesure et leur unidimensionnalité.

3.3.1. Mesure de l'intention de quitter son emploi (variable dépendante)

En considérant le milieu de travail d'un médecin comme étant son organisation, le construit de l'intention de quitter dans cette thèse se veut extra-organisationnel. Les cinq items du construit indiquent que les médecins quittent l'emploi qu'ils occupent actuellement. Ce construit est général et touche cinq différentes façons pour un omnipraticien de quitter son emploi. Dans certains cas, les patients perdent l'accès à leur médecin de famille. Cette information est importante car la perte d'accès à un omnipraticien signifie une augmentation des visites aux urgences (étant donné que la majorité des omnipraticiens ne prennent plus de nouveaux patients), les patients ayant perdu leur omnipraticien, se tournent alors vers l'urgence des hôpitaux. Ceci a donc un impact sur le système de santé. Voici les cinq items du construit de l'intention de quitter dans cette thèse :

- Changer d'endroit géographiquement mais garder le même genre d'emploi. Malgré le fait que l'omnipraticien continue sa pratique dans une autre région, ce changement géographique implique des conséquences car les patients de la région de ce médecin perdent l'accès à un omnipraticien. Un remplacement est donc requis pour maintenir le service offert avant le départ du médecin.
- Quitter la médecine pour faire autre chose. Il est évident ici qu'il y a perte de service pour la population car le médecin quitte le réseau de la santé et ne pratiquera plus la médecine.
- Changer de milieu de travail (clinique vs hôpital vs centre universitaire vs CLSC). Malgré le fait que le médecin continue sa pratique, il perd ses patients car le CLSC, par exemple, a ses propres patients. Le médecin ne peut donc pas transférer sa clientèle avec lui dans son nouveau milieu. Ses anciens patients se retrouvent donc sans médecin de famille.
- Changer de concentration (familiale vers spécialité). Le système de santé ne perd pas le médecin car il devient au service d'une spécialité. Par contre, ses patients perdent l'accès à leur médecin de famille, ce qui est préoccupant dans le système actuel et pour le service de première ligne.
- Pratiquer en clinique privée et être désengagé de la RAMQ. En quittant le système de santé québécois, le médecin doit recommencer à recruter des patients car étant désengagé de la RAMQ, il n'a plus les mêmes obligations et ses services ne sont plus

couverts par le régime de santé. Il n'en demeure pas moins que le système de santé perd un omnipraticien pour aider à améliorer le fonctionnement et la performance du système universel de santé.

La mesure de la variable « intention de quitter son emploi » a été adaptée de l'instrument de Simon et al. (2004) et traduite en français pour une autre recherche par Mathieu (2008). Des résultats élevés sur ces énoncés indiquent que les omnipraticiens pensent souvent quitter leur emploi, donc ont souvent « l'intention de quitter leur emploi ». Voici un exemple d'énoncé : « Au courant de la dernière année, combien de fois avez-vous pensé pratiquer en clinique privée et vous désengager de la RAMQ ? ». Cet instrument est composé de cinq items. Suivant ces items, « quitter son emploi » signifie : changer de localisation géographique, quitter la médecine pour faire autre chose, changer d'environnement de travail (ex. : hôpital vs CLSC), changer de concentration ou encore se désengager complètement de la RAMQ. La vérification de l'indice global de valeurs propres (Eigenvalues) a permis de constater la présence d'un seul facteur explicatif du modèle. De plus, un alpha de Cronbach de 0.71 indiquait une consistance interne adéquate. Les cinq items ont donc été conservés.

3.3.2. Mesures des variables indépendantes

Conflit travail-famille

La mesure de la variable « CTF » a été adaptée de l'instrument de Netemeyer et al. (1996), traduite et adaptée en français pour une autre recherche par Mathieu (2008). Des résultats élevés sur ces énoncés indiquent que les omnipraticiens ont un niveau élevé de CTF (Netemeyer et al., 1996). Le CTF est mesuré à l'aide d'items tels que : « À cause de mes engagements envers mes collègues et mes clients, je dois modifier certains engagements envers la famille ». Il était indiqué que pour les médecins sans enfants, il fallait prendre ces questions au niveau personnel, même si le terme « famille » était utilisé. Cet instrument est composé de cinq items. La vérification de l'indice global de valeurs propres a permis de constater la présence d'un seul facteur explicatif du modèle. Un alpha de Cronbach 0.89 indique une très bonne consistance interne de cet instrument.

Engagement au travail

L'instrument de mesure de l'engagement au travail est celui du UWES de Schaufeli et Bakker (2006). Un score élevé signifie un haut niveau d'engagement par rapport à son travail. L'engagement au travail est mesuré à l'aide d'items tels que : « Je suis passionné(e) par mon travail »; « Je suis fier(ère) du travail que je fais ». La vérification de l'indice global de valeurs propres a permis de constater la présence de deux facteurs explicatifs du modèle. Les items 8 et 9, appartenant au deuxième facteur, ont été retranchés. Puisqu'un facteur à deux items ne serait pas suffisamment robuste sur le plan statistique, les items 8 et 9 ont été retranchés. Au final, l'instrument utilisé pour cette recherche comporte sept items, soit les items 1 à 7. De plus, un alpha de Cronbach de 0.92 pour les sept items indique une excellente consistance interne.

Détresse psychologique (facteur épuisement et anxiété)

L'instrument utilisé pour mesurer l'épuisement est celui sur la détresse psychologique du Général Health Questionnaire (GHQ) de Goldberg et Williams (Goldberg & Blackwell, 1970), comportant 12 items. Cet instrument, développé dans les années 1970 dans le but de cibler l'inhabileté à effectuer des fonctions normales et l'apparence de détresse, permet ainsi d'évaluer le bien-être d'une personne. La détresse psychologique est mesurée à l'aide d'items tels que : « Récemment, est-ce que vous avez été capable de faire face aux difficultés? »; « Récemment, est-ce que vous avez eu l'impression de vous rendre utile? ». Comme le spécifient Werneke, Goldberg, Yalcin, et Ustun (2000), le GHQ-12 devrait être utilisé sur un mode bifactoriel : un facteur mesurant l'anxiété (6 items) et un autre mesurant l'épuisement (6 items). En vérifiant l'unidimensionnalité de l'instrument, la même conclusion s'impose : il s'agit bien d'un instrument à deux facteurs, dont les six premiers items correspondent au facteur « anxiété » et les six derniers au facteur « épuisement », comme le suggèrent les études antérieures. Pour les deux construits sur la détresse psychologique, ils avaient respectivement des alphas de Cronbach de 0.84 et 0.86. Pour être conséquent avec le modèle JD-R, pour cette thèse, seul le construit de l'épuisement sera utilisé.

Exigences et ressources au travail

Dans cette thèse, les exigences et les ressources au travail sont mesurées en termes de *satisfaction* plutôt qu'en termes de quantité. Il importe de connaître la satisfaction des médecins par rapport aux exigences et aux ressources, car un médecin peut par exemple avoir des exigences élevées (en quantité) et bien s'en accommoder. L'importance des processus perceptifs est un courant qui insiste sur le fait que ce n'est pas l'environnement en tant que tel qui influence la santé, mais la perception qu'a un individu de son environnement de travail (French & Kahn, 1962). Dans une perspective préventive, il importe de connaître les exigences et ressources importantes à leur satisfaction. La satisfaction au travail est définie par Locke (1976) comme étant « une émotion plaisante ou positive résultant d'une évaluation de différentes expériences au travail » (traduction libre en français). Dans la littérature, la satisfaction a été mesurée comme concept global faisant référence à la satisfaction en général et également comme étant une facette spécifique, référant à divers aspects d'un travail (Nagy, 2002). Les auteurs d'une étude menée auprès de médecins aux États-Unis (Williams, Konrad & Linzer, 1999) ont identifié différentes composantes de la satisfaction au travail des médecins : (p. ex. : autonomie, relations avec les collègues, relations avec les patients, relations avec les autres employés, temps, tâches administratives). Ces différents items se retrouvent également dans nos instruments sur la satisfaction face aux ressources et aux exigences. Une revue systématique de la littérature sur la satisfaction des médecins (Scheurer, McKean, Miller & Wetterneck, 2009) a révélé qu'il y avait une variété d'instruments et d'approches pour étudier ce construit. Dans cette thèse, nous parlons d'exigences pour référer à la pression du temps, à la lourdeur administrative reliée à la tenue de dossiers et au cheminement des dossiers lors de références, ainsi qu'à la relation avec les gestionnaires des établissements. Nous parlons des ressources pour référer à la disponibilité du personnel infirmier et autres, à la relation avec les employés, à la disponibilité des locaux et des équipements, et à la valorisation de leur titre d'omnipraticien.

Aucun instrument n'avait été répertorié pour mesurer la satisfaction face aux exigences et aux ressources au travail des médecins. Tel que stipulé par Bakker et ses collègues (2011) et Nielsen et ses collègues (Nielsen, Stage, Abildgaard, & Brauer, 2013; Randall & Nielsen, 2012), les items mesurant les exigences et les ressources au travail doivent être adaptés à chaque type d'emploi de sorte que la future mise en place

d'interventions soit réalisée en adéquation avec le contexte organisationnel. L'environnement de travail exerce un effet sur les employés (Nielsen, Randall, Holten, & Gonzalez, 2010), et nul n'est en meilleure position que ces derniers pour décrire les exigences et les ressources rencontrées au quotidien dans leur environnement de travail, d'autant plus qu'ils seront les destinataires des interventions issues des résultats de cette thèse.

Pour pallier au manque d'instruments de mesure sur les ressources et les exigences au travail adaptés pour les médecins et pour mettre en application les recommandations de Bakker et Nielsen (Bakker et al., 2011; Nielsen et al., 2010; Nielsen et al., 2013), un groupe de travail (focus group) a donc été réuni en octobre 2007 avec six médecins du Centre Hospitalier de l'Université de Sherbrooke pour cibler les exigences et les ressources qui affectent le plus le travail des médecins. L'utilisation d'une approche qualitative pour explorer les ressources et les exigences des médecins permet de mieux cerner leur situation actuelle. L'évaluation complexe de la réalité du terrain (Rallis & Rossman, 2003) nécessite fréquemment le croisement des paradigmes pour tenter de capter les nuances propres à un groupe de travailleurs. En recherche, l'utilisation de groupe de travail (focus group) est utile pour aider à comprendre la nuance d'un groupe (Johnson & Scholes's, 1999). Pour cette thèse, les médecins devaient spontanément nommer des exigences et des ressources au travail, émanant de leur quotidien. Les sujets des items nommés ont ensuite été discutés en groupe. Les ressources et exigences retenues pour les deux instruments de mesure ont été celles convenues conjointement par les six médecins comme étant les plus importantes. De ce groupe de discussion, cinq exigences et neuf ressources au travail ont été retenues, car elles étaient appuyées par l'ensemble du groupe. Ces deux instruments ont été utilisés et validés auprès de 50 médecins résidents de Sherbrooke (Mathieu, 2008) dans une étude antérieure. La validation a été effectuée en vérifiant l'unidimensionnalité et la consistance interne des deux instruments. Tous les instruments de mesure ont utilisé une échelle de type Likert. Il s'agissait de mesurer la satisfaction des médecins face aux différentes exigences et ressources de leur emploi et non si les exigences ou ressources étaient disponibles. La satisfaction à l'égard des ressources au travail est mesurée à l'aide d'items tels que : « Veuillez identifier le degré de satisfaction associé à chacun des énoncés suivants qui portent sur des aspects de votre travail en tant que médecin : Flexibilité des horaires; Temps accordé aux patients ». L'échelle utilisée était une échelle de Likert à 6 points, allant de 1

(complètement insatisfait) à 6 (complètement satisfait). Le tableau 2 présente les différents items des exigences et des ressources au travail et leur coefficient de saturation.

Tableau 2. *Présentation des items de la satisfaction face aux exigences et aux ressources au travail et leur coefficient de saturation*

Sat. exigences au travail	Coefficients de saturation
Item 1 : Temps accordé aux tâches administratives	0.696
Item 2 : Temps accordé aux patients	0.691
Item 3 : Communication avec les gestionnaires de l'établissement	0.684
Item 4 : Système de tenue de dossiers	0.697
Item 5 : Transfert des informations liées au dossier du patient lorsque vous le référez à un spécialiste	0.702
Sat. ressources au travail	
Item 1 : Disponibilité du personnel infirmier	0.773
Item 2 : Disponibilité du personnel (autre qu'infirmier)	0.823
Item 3 : Relation avec les autres employés	0.610
Item 4 : Disponibilité des locaux	0.744
Item 5 : Disponibilité des équipements médicaux	0.783
Item 6 : La valorisation de votre titre d'omnipraticien au sein de la Profession	0.559

Pour vérifier l'unidimensionnalité des neuf items de la variable « satisfaction face aux ressources au travail », la qualité de représentation des variables (communalities) ainsi que l'indice global de valeurs propres ont été examinés. Après avoir retiré un item dont la qualité de représentation des variables s'avérait trop basse, le logiciel SPSS a classé les huit autres items en trois facteurs suite à une rotation varimax qui a vu deux items se retrouver seuls dans leur facteur. Le premier facteur a donc été constitué de six items et composera l'instrument de mesure pour la variable « satisfaction face aux ressources ». Ces six items ont une bonne consistance interne avec un alpha de Cronbach de 0.81.

Pour ce qui est des cinq variables de la variable « satisfaction face aux exigences au travail », les critères de la consistance interne (alpha de Cronbach de 0.73) et d'unidimensionnalité ont été respectés. Cet instrument conservera donc cinq items.

3.3.3. Données sociodémographiques

Le questionnaire incluait quelques items supplémentaires portant sur la démographie et l'emploi du répondant. Cette section du questionnaire porte donc sur des informations concernant le genre, l'état civil, le fait d'avoir ou non des enfants à charge et l'âge. Ces questions se mesurent uniquement sur des échelles nominales en cochant la case appropriée. Le tableau 3 montre un résumé des données sociodémographiques des répondants. L'échantillon est composé de femmes à 56,7 %. De plus, 81,7 % des répondants étaient marié(es) ou conjoints(es) de fait, 68,5 % avaient 46 ans ou plus et 68,2 % avaient des enfants à leur charge.

Tableau 3. *Résumé des données sociodémographiques des répondants*

Genre	56,7 % femmes	43,3 % hommes	
Statut civil	81,7 % mariés(es) ou conjoints(es) de fait	18,3 % célibataires, séparés(es), divorcés(es), veufs(ves)	
Âge	68,5 % avaient 46 ans ou plus	23,6 % avaient 32 à 45 ans	7,9 % avaient 31 ans ou moins
Enfants à charge	oui à 68,2 %	non à 31,8 %	
Pratique	92 % pratiquaient la médecine familiale à temps partiel ou à temps plein	1,4 % était en congé sabbatique ou sans solde d'une pratique médicale active	
Milieu de travail	46,2 % en clinique privée ou en clinique sans rendez-vous	16,4 % en centre hospitalier	16,1 % en clinique communautaire (CLSC)
	8,3 % en centre universitaire	2,4 % en unité de recherche ou bureau administratif ou professeur en faculté de médecine	

3.3.4. La population étudiée

La RAMQ compile des statistiques sur les médecins du Québec faisant état de leur mode de rémunération, du nombre de services par médecin, de leur choix de spécialisation ou de médecine familiale, de leur répartition selon la région sanitaire, de leur âge et de leur

genre¹². L'examen de ces différentes statistiques met en évidence deux constats qui méritent d'être soulevés : l'un, sur l'évolution en ce qui a trait au genre et l'autre, sur la courbe démographique des médecins en poste des dernières années. La figure 14 présente un portrait de l'évolution de la féminisation des omnipraticiens et la figure 15 illustre la courbe démographique des omnipraticiens depuis 1998, toujours selon les données de la RAMQ.

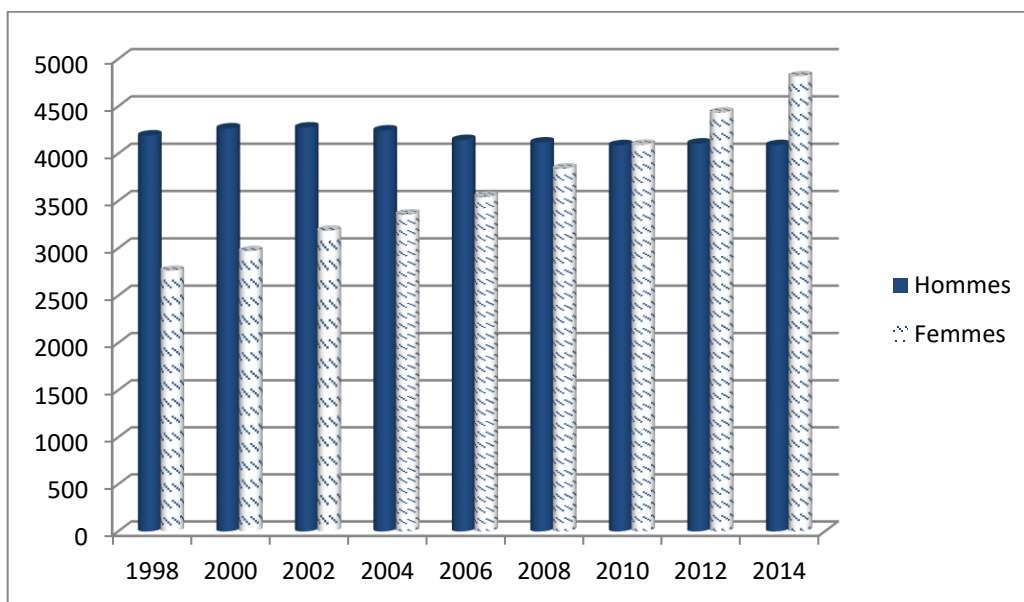


Figure 14. La répartition des omnipraticiens de 1998 à 2014, selon le genre. Tableau adapté à partir des données statistiques de la Régie de l'assurance-maladie du Québec.

¹² <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/donnees-statistiques/Pages/donnees-statistiques.aspx>

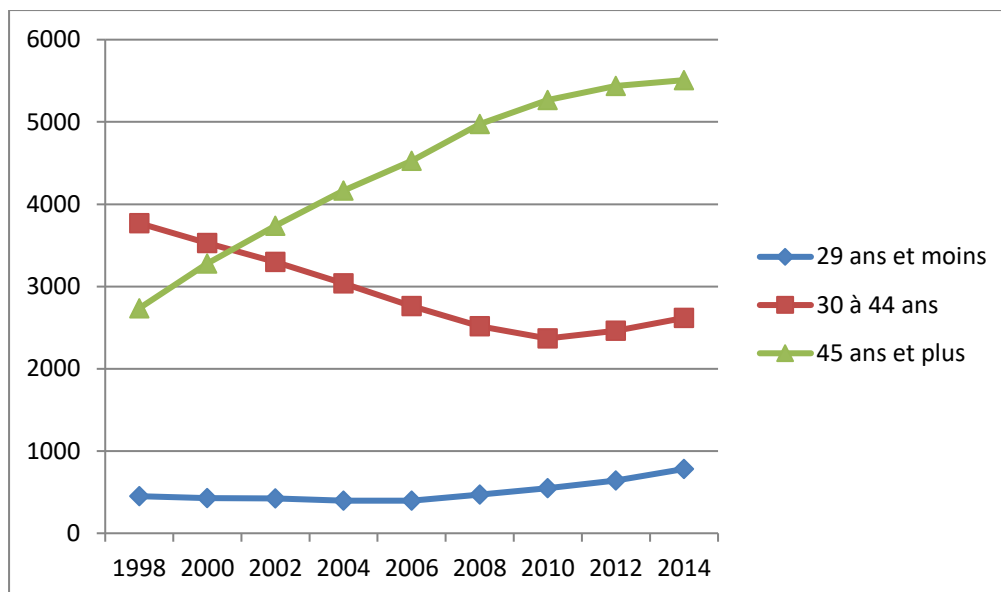


Figure 15. La répartition des omnipraticiens de 1998 à 2014, selon le groupe d'âge. Tableau adapté à partir des données statistiques de la Régie de l'assurance-maladie du Québec.

Si la figure 14 permet d'illustrer, d'une part, la hausse constante du nombre total d'omnipraticiens depuis 1998, elle montre aussi, d'autre part, qu'à cette époque, les femmes représentaient 40 % des effectifs en poste et que cette proportion n'a cessé d'augmenter pour dépasser celle de leurs confrères en 2010. La figure 15 illustre la courbe démographique changeante depuis 1998. Pendant que le nombre de médecins du groupe des 30 à 44 ans ne cesse de diminuer, celui du groupe des 45 et plus ne cesse de croître. Les omnipraticiens semblent être le reflet de la démographie québécoise. On peut souligner les efforts investis dans la formation de nouveaux médecins pour tenter de compenser la diminution du nombre de médecins dans le groupe des 30 à 44 ans en augmentant le groupe des 29 ans et moins pour tenter de redresser la courbe démographique.

Lorsque l'on compare les proportions de répondants selon le genre avec celles de la population réelle des omnipraticiens de l'année 2011 (année de l'enquête réalisée dans le cadre de cette recherche), les proportions respectives de praticiennes et de praticiens se rapprochaient de la réalité du terrain. Selon la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ), il y avait, en 2011, 8356 omnipraticiens dans la province de Québec, dont 51 %

étaient des femmes¹³ (contre 56,7 % pour la présente enquête). Pour ce qui est de l'âge, bien que la définition des sous-groupes diffère quelque peu entre les données de la RAMQ et celles de cette thèse, il est possible de constater une correspondance adéquate entre les proportions de l'échantillon et celles de la population des omnipraticiens du Québec. En effet, les données de la RAMQ de 2011 indiquent que 64 % des omnipraticiens ont 46 ans ou plus (contre 68,5 % pour les 46 ans et plus de la présente enquête); 29 % entre 30 et 44 ans (contre 23,6 % entre 32 et 45 ans de cette enquête), et 7 % ont 29 ans ou moins (contre 7,9 % pour les 31 ans et moins de l'enquête). En termes d'âge et de genre, notre échantillon semble bien refléter la population étudiée.

Tel que vu dans le deuxième chapitre, non seulement le genre et l'âge ont-ils été soulevés dans la littérature comme étant significativement corrélés avec plusieurs variables de cette thèse (Boyar et al., 2003, 2005; Byron, 2005; Dizenzo et al., 2011; Greenhaus et al., 1987; Hann et al., 2011; Rout, 1999a; Rohr-Kirchgraber & Welch, 2011; Swanson & Power, 1999), mais de plus, l'importance de ces deux variables pour une bonne compréhension de la situation actuelle des omnipraticiens réside en ce qu'elles se trouvent au centre des changements majeurs qu'a subis la pratique médicale au cours des dernières années. Une analyse de sensibilité a donc été effectuée afin d'analyser l'impact de ces variables sur le modèle utilisé dans les chapitres 4 et 5. Ainsi, les résultats des analyses de moyennes, présentés dans le tableau 4, indiquent que les moyennes entre les femmes et les hommes diffèrent seulement au niveau d'un des six construits : l'épuisement. La conclusion est donc que le modèle utilisé n'est pas vraiment affecté par le genre, car cette variable ne produit aucun effet sur cinq des six construits. En fait, la partie de conclusion concernant l'intention de quitter est conséquente avec une recherche de Harrell et Eickhoff (1988) qui avait trouvé que le roulement du personnel n'était pas différent entre les hommes et les femmes. Une des explications qui pourrait justifier en partie le fait que le genre n'affecte pas le CTF est que les omnipraticiennes de notre échantillon pratiquent la médecine en moyenne 3 heures de moins par semaine que leurs collègues masculins. Cet écart au niveau du nombre d'heures de pratique pourrait compenser pour les heures que ces femmes dévouent aux activités familiales. De nos jours, un médecin a un réseau social et une famille avec lesquels il veut passer du temps. Une valeur est mise de l'avant par les générations montantes : la qualité de

¹³ <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/donnees-statistiques/Pages/donnees-statistiques.aspx>

vie. Le désir de concilier le travail et la vie personnelle ou familiale est l'apanage de toute une génération (ou plutôt de deux générations) (Karazivan, 2010) et non plus une préoccupation féminine. Pour les phénomènes du modèle JD-R, une étude récente de Dastur (2010) indiquait que le genre n'affectait que faiblement les variables. Allant dans le même sens que nos résultats, Bakker et ses collègues (2008b) ont étudié l'importance du genre en lien avec le conflit travail-famille, les exigences au travail et la surcharge de travail, tant au travail qu'à la maison, et finalement avec l'épuisement. Il s'est avéré que le genre n'affectait aucune de ces variables dans leur étude. Ils ont démontré que le CTF est spécifique à un rôle au travail (relié aux exigences au travail) plutôt que spécifique au rôle des genres, étant donné que les relations entre les variables étaient similaires pour les hommes et les femmes. Nous pouvons suggérer, tout comme l'ont fait Bakker et ses collègues (2008b), que l'attitude d'équité entre les deux sexes, et leur façon de traiter des problèmes pouvant être semblables suite à un parcours académique et à une même profession, pourraient expliquer l'absence des effets du genre auprès de notre population. Tel que suggéré par Houkes, Winants, et Twellaar (2008), suite à une étude sur l'épuisement auprès d'omnipraticiens, l'absence de différences significatives entre les femmes et les hommes omnipraticiens(nes) au niveau de plusieurs variables pourrait s'expliquer par le changement des identités au niveau des genres. Des études récentes ont démontré que l'identité familiale, tout comme l'identité professionnelle, sont profondément influencées par la socialisation professionnelle lors des études en médecine, de la résidence interne et du travail de médecin comme tel. Nous pouvons assumer que pour les jeunes médecins, l'idéologie traditionnelle des genres a été abandonnée et que les omnipraticiens ont maintenant adopté un nouveau schéma des genres plus moderne où les hommes et les femmes tentent de balancer les tâches du travail et de leur vie familiale. La dissémination de cette nouvelle façon de voir le schéma des genres sera probablement de plus en plus importante suivant le grand nombre de femmes entrant dans cette profession.

Tableau 4. *Comparaison des moyennes entre les répondants au niveau du genre (test-t pour l'égalité des moyennes)*

Sat. ressources au travail	Femmes	Hommes	Test-t pour l'égalité des moyennes ^a
Nombre de cas	595	441	
Moyenne	4.07	4.17	-1.42 ^{NS}
Écart-type	1.06	1.14	
Sat. exigences au travail	Femmes	Hommes	Test-t pour l'égalité des moyennes ^a
Nombre de cas	595	441	
Moyenne	3.68	3.74	-0.793 ^{NS}
Écart-type	1.08	1.19	
Conflit travail-famille	Femmes	Hommes	Test-t pour l'égalité des moyennes ^a
Nombre de cas	607	492	
Moyenne	3.27	3.16	1.97 ^{NS}
Écart-type	0.87	1.02	
Engagement au travail	Femmes	Hommes	Test-t pour l'égalité des moyennes ^a
Nombre de cas	603	453	
Moyenne	4.67	4.67	-.04 ^{NS}
Écart-type	1.07	1.16	
Dét. psy. (épuisement)	Femmes	Hommes	Test-t pour l'égalité des moyennes ^a
Nombre de cas	603	453	
Moyenne	1.94	1.85	2.38*
Écart-type	0.65	0.59	
Intention de quitter	Femmes	Hommes	Test-t pour l'égalité des moyennes ^a
Nombre de cas	607	492	
Moyenne	1.67	1.68	-0.29 ^{NS}
Écart-type	0.66	0.68	

^a * Indique que la différence est significative au seuil de 5 % respectivement ou ^{NS} pour non significative.

Des comparaisons de moyennes ont également été effectuées avec les trois groupes d'âge (46 ans et plus; de 32 à 45 ans, et 31 ans et moins) en utilisant le test de Duncan pour certaines variables (intention de quitter, engagement au travail et épuisement) et le test de Tamhane pour les autres variables (satisfaction face aux ressources au travail, satisfaction face aux exigences au travail et conflit travail-famille) dont les variances n'étaient pas égales. Ainsi, pour cette thèse, les baby boomers représentent les médecins nés en 1965 ou avant, la génération X ceux nés de 1966 à 1979 et la génération Y pour les médecins nés après 1980. Ces catégories correspondent à Enquête sociale générale (ESG) de Statistiques Canada¹⁴ et

¹⁴ <http://www.statcan.gc.ca/pub/75-001-x/2012001/article/11612-fra.htm#b1>

des travaux de divers chercheurs (Foot, 1998; Coupland, 1991). Le tableau 5 présente un résumé de ces analyses statistiques.

Tableau 5. *Test des différences de moyennes avec le test de Duncan et le test de Tamhane au niveau des groupes d'âge*

Sat. ressources au travail			
Groupe d'âge		Différence des moyennes	Signification ^a
≥ 46 ans	32 à 46	0.38	0.000
≥ 46 ans	≤ 31 ans	0.35	0.006
32 à 46 ans	≤ 31 ans	-0.03	0.993
Sat. exigences au travail			
Groupe d'âge		Différence des moyennes	Signification ^a
≥ 46 ans	32 à 46	0.35	0.000
≥ 46 ans	≤ 31 ans	0.19	0.260
32 à 46 ans	≤ 31 ans	-0.16	0.490
Conflit travail-famille			
Groupe d'âge		Différence des moyennes	Signification ^a
≥ 46 ans	32 à 46	-0.24	0.000
≥ 46 ans	≤ 31 ans	-0.09	0.797
32 à 46 ans	≤ 31 ans	0.16	0.422
Engagement au travail			Référentiel pour alpha = .05
Groupe d'âge		Nombre de cas	1
≥ 46 ans		721	4.72
32 à 46		248	4.59
≤ 31 ans		84	4.50
Signification ^a			0.089
Détresse psychologique (Épuisement)			Référentiel pour alpha = .05
Groupe d'âge		Nombre de cas	1
≥ 46 ans		721	1.89
32 à 46		248	1.95
≤ 31 ans		84	1.96
Signification ^a			0.247

Intention de quitter	Référentiel pour alpha = .05		
	Nombre de cas	1	2
≥ 46 ans	730	1.61	
32 à 46	250		1.82
≤ 31 ans	85		1.82
Signification ^a		1	0.951

^a Lorsque le test de signification est supérieur au seuil alpha = .05, l'hypothèse nulle ne peut pas être rejetée.

Les résultats de ces tests de moyennes indiquent que les variables engagement au travail et détresse psychologique (épuisement) ne montrent pas de différences significatives entre les groupes d'âge. Pour ce qui est de la variable « intention de quitter », le test de Duncan catégorise le groupe d'âge des 46 ans ou plus seul et les deux autres groupes d'âge ensemble (32 à 46 ans et des 31 ans ou moins), ceux-ci affichant une moyenne plus élevée sur l'intention de quitter. Quant aux ressources au travail, le test de Tamhane indique une moyenne significativement plus élevée sur la satisfaction par rapport aux ressources au travail chez les 46 ans ou plus que chez les deux autres groupes. De plus, en ce qui concerne les exigences au travail, le test de Tamhane montre une moyenne significativement plus élevée sur la satisfaction face aux exigences au travail chez le groupe des 46 ans ou plus, comparativement au groupe des 32 à 46 ans. Finalement, ce même test indique que le groupe des 46 ans ou plus affiche une moyenne significativement moins élevée au niveau du conflit travail-famille que le groupe des 32 à 46 ans. Cela signifie que notre modèle s'avère sensible au niveau des groupes d'âge. Ces résultats reflètent entre autres les résultats d'études antérieures qui stipulaient que l'âge était significativement et négativement associé au CTF (Voydanoff, 2007; Winslow, 2005). L'âge influence les patrons des rôles dans les différentes étapes de carrière, de la signification des rôles et des conditions qui s'y rattachent (Mirowsky & Ross, 2003). De cette façon, la différence d'âge par rapport à la satisfaction face aux ressources et aux exigences au travail influence la façon dont les individus gèrent les conflits entre le travail et la vie familiale.

Cette information a été prise en considération dans l'article 3 (chapitre 5) et le sera lors de la rédaction des articles subséquents à partir de cette enquête. Pour ce qui est du deuxième article (chapitre 4), cette limite ne s'applique pas, son objectif consistant à vérifier la performance globale du modèle sans que l'âge ne soit pris en considération. Cela dit, étant donné que les résultats de cette thèse indiquent que le modèle est performant, il serait utile

de vérifier, dans le cadre d'une recherche future, les liens entre les différentes variables du modèle pour chacun des groupes d'âge. Enfin, pour ce qui est du troisième article, en tenant compte des analyses bivariées de cette section, l'âge sera considéré comme une variable contrôle dans l'analyse des variables explicatives de la typologie.

3.4. Biais des non-répondants

Pour vérifier le biais des non-répondants, une analyse des répondants « hâtifs » versus les « tardifs » (early vs late) a été effectuée avec trois variables à l'étude : la satisfaction face aux ressources au travail, la satisfaction face aux exigences au travail et l'épuisement. La comparaison entre les répondants qui ont répondu au début du sondage, c'est-à-dire dès la première invitation à remplir le questionnaire d'une part et, d'autre part, les répondants tardifs, c'est-à-dire suite à un rappel, amène à croire que les résultats des répondants tardifs correspondent approximativement aux résultats des non-répondants. En effet, on peut penser que ces répondants tardifs auraient probablement figuré parmi les non-répondants s'il n'y avait pas eu de rappel (Miller & Smith, 1983; Radhakrishna & Doamekpor, 2008). Le résumé des tests effectués pour comparer les moyennes des deux groupes (hâtifs et tardifs) est présenté dans le tableau 6. Les résultats indiquent qu'en moyenne, le groupe des répondants hâtifs, qui représentent les premiers 10 %, et le groupe des répondants tardifs, qui représentent les derniers 10 %, ne diffèrent pas au niveau de ces trois variables (aucune différence significative à un seuil de 0,05). Il est donc possible de conclure en la probabilité d'une similitude entre les non-répondants et les répondants tardifs; par conséquent, le biais des non-répondants ne constitue pas une préoccupation majeure dans le cadre de cette étude.

Tableau 6. *Comparaison des moyennes du total de la variable « intention de quitter » dans l'échantillon des répondants hâtifs et celui des répondants tardifs (Independent-samples T test)*

Total de la variable « satisfaction des ressources au travail»	HA	TA	test-t pour l'égalité des moyennes (p-value)
Nombre de cas	104	103	
Moyennes	3.60	3.60	
Écart-type	1.10	1.13	0.121
P-value du test de l'égalité des variances de Levene ^{††}	0.899		
Total de la variable « satisfaction des exigences au travail»	HA	TA	test-t pour l'égalité des moyennes (p-value)
Nombre de cas	104	104	
Moyennes	4.19	3.95	
Écart-type	1.13	1.10	0.121
P-value du test de l'égalité des variances de Levene ^{††}	0.424		
Total de la variable « détresse psy.: épuisement »	HA	TA	test-t pour l'égalité des moyennes (p-value)
Nombre de cas	105	104	
Moyennes	1.94	1.91	
Écart-type	0.58	0.59	0.672
P-value du test de l'égalité des variances de Levene ^{††}	0.907		

† Le test-t de l'indépendance des moyennes compare la moyenne des répondants hâtifs et celle des tardifs en regard à certaines variables continues de la recherche.

†† Le test est significatif à 5 %.

3.5. Biais de variance commune

Étant donné que les données de cette thèse ont été amassées à l'aide d'autoévaluations, une vérification de la présence d'un biais de variance commune en utilisant deux approches a été effectuée. Podsakoff, Mackenzie, Lee, et Podsakoff (2003)

ont souligné la pertinence de vérifier le biais de variance commune lorsque l'étude combine une seule source, différents contextes et une source de biais non identifiée. D'une part, un test de Harman met en évidence qu'aucun facteur unique n'explique à lui seul l'ensemble de la variance des items. Il est à noter que les instruments ayant la même échelle de mesure ont été mis en commun. De plus, des analyses confirmatoires liant un facteur de méthode à l'ensemble des items d'une même échelle de mesure montrent que les modèles de mesure ainsi spécifiés ne sont pas soutenus par les données (Malhotra, Kim, & Patil, 2006). Le tableau 7 affiche le résumé des différentes analyses confirmatoires. La conclusion qui peut en être tirée est qu'un biais de variance commune semble peu présent dans nos données, car les modèles à un facteur ne remplissent pas les critères de performance d'une analyse factorielle confirmatoire.

Tableau 7. *Comparaison des analyses factorielles confirmatoires*

Construits	RMSEA	CFI	NNFI	χ^2/df
Échelle à 4 paliers	0.158*	0.98	0.976	1502/54 (27.8)*
Échelle à 5 paliers	0.123*	0.83*	0.77*	3284/45 (72.98) *
Échelle à 6 paliers	0.077*	0.757*	0.697*	319/44 (7.25)*

* Ne répond pas aux critères de performance

La méthodologie et les analyses statistiques descriptives de l'échantillon décrites dans ce troisième chapitre nous amènent ensuite aux deux volets empiriques de la thèse, soit : la validation de la performance du nouveau modèle proposé (chapitre 4, article 2) et la proposition d'une typologie sur l'intention de quitter des omnipraticiens pour mieux comprendre ce phénomène (chapitre 5, article 3).

Chapitre IV : (Article 2) Validation d'un nouveau modèle sur l'intention de quitter des omnipraticiens à l'aide d'équations structurelles¹⁵

VALIDATION D'UN NOUVEAU MODÈLE SUR L'INTENTION DE QUITTER DES OMNIPRATICIENS À L'AIDE D'ÉQUATIONS STRUCTURELLES

Caroline A. Mathieu, Université Laval, Canada

Caroline Biron, Université Laval, Canada

Nabil Amara, Université Laval, Canada

Notes sur les auteurs

Caroline A. Mathieu, Faculté des sciences de l'administration, Université Laval, Québec, Canada. Courriel : caroline-alexandra.mathieu.1@ulaval.ca

Caroline Biron, Faculté des sciences de l'administration, Université Laval, Québec, Canada. Courriel : caroline.biron@fsa.ulaval.ca

Nabil Amara, Faculté des sciences de l'administration, Université Laval, Québec, Canada. Courriel : Nabil.Amara@fsa.ulaval.ca

La correspondance concernant cet article devrait être adressée à : Caroline A. Mathieu, Faculté des sciences de l'administration, Université Laval, Québec, Canada. Courriel : caroline-alexandra.mathieu.1@ulaval.ca

¹⁵ Article soumis pour publication dans le journal *Relations industrielles/ Industrial Relations*

Résumé

Cet article permet de valider la performance d'un nouveau modèle proposé dans une étude antérieure (le conflit exigences-ressources ou CE-R), à l'aide de modélisation par équations structurelles. Les résultats suggèrent que le CE-R satisfaisait aux exigences de performance d'un modèle validé à l'aide d'équations structurelles et qu'il est adéquat de considérer le phénomène du conflit travail-famille (CTF) dans un modèle sur l'intention de quitter. Le modèle ne rapportant aucun effet significatif direct entre les exigences au travail et l'épuisement et l'engagement, les analyses suggèrent plutôt que les effets structurels des exigences au travail cheminent à travers le CTF avant de cheminer à travers l'épuisement et l'engagement. Plus un médecin est satisfait des exigences au travail, moins il ressent de CTF. Les résultats montrent également que plus un médecin est satisfait des ressources au travail, plus son niveau d'engagement au travail est élevé, moins il ressent de conflit travail-famille et d'épuisement. De plus, lorsqu'un médecin ressent un degré de CTF élevé, son niveau d'épuisement est élevé et il est moins engagé dans son travail. Finalement, alors qu'un niveau élevé d'engagement au travail diminue de façon significative l'intention de quitter du médecin, un grand épuisement augmente celle-ci de façon significative.

Mots clés: modèle conflit exigences-ressources, modèle Job Demands-Resources, omnipraticiens, conflit travail-famille, intention de quitter, équations structurelles

La pénurie de médecins est une situation que connaissent de nombreux pays comme les États-Unis, la Finlande, le Royaume-Uni, la Suède et le Canada (Latour, 2003). Que ce soit en raison des exigences considérables de la profession (Salsberg & Grover, 2006) ou de l'attrait de la pratique privée (Statistics about Physicians, 2004), les départs des médecins de leur pratique actuelle posent un réel problème, peu importe le pays concerné : en effet, le renouvellement de la main-d'œuvre quittant de façon volontaire représente une source de coûts potentiels pour les organismes en termes de pertes de ressources humaines et de ruptures d'activités continues.

Les modèles utilisés en recherche sont en constante évolution parce que leurs lacunes ou omissions peuvent éventuellement être comblées à l'aide de nouveaux résultats empiriques (Steel, 2002). Pour être adéquate, l'évaluation d'un modèle sur l'intention de quitter nécessite, de la part des chercheurs, une adaptation en fonction de l'environnement spécifique dans lequel évolue un groupe de travailleurs donné afin d'appréhender la complexité de leur situation (Holtom et al., 2008). Ceci pose un défi considérable au développement des connaissances et des pratiques, car un modèle devient alors distinctif de la population à l'étude. Cette limite des modèles actuels devant être adaptés à la population à l'étude paraît particulièrement problématique au regard de l'intention de quitter des médecins, étant donné la rareté d'études dont cette population a fait l'objet (Baltagi et al., 2005). Cette recherche propose de combler cette lacune en poursuivant l'objectif principal de tester, auprès d'un échantillon d'omnipraticiens, un nouveau modèle de rétention des médecins (modèle conflit exigences-ressources ou CE-R) décrit au chapitre 3 (Mathieu et al., 2013). Ce nouveau modèle est utile afin de mieux comprendre l'intention de quitter des médecins et ainsi aider à les maintenir en emploi, étant donné la présente pénurie. La compréhension des différents phénomènes affectant l'intention de quitter peut mener à des pistes de solutions dans la pratique. La validation du modèle CE-R permet de bonifier la littérature existante de par la proposition d'un modèle portant sur l'intention de quitter des omnipraticiens.

Jusqu'ici, les recherches antérieures ne semblent pas proposer de modèles spécifiques sur l'intention de quitter des médecins. Pour comprendre et expliquer ce phénomène, une recension des écrits et la proposition d'un nouveau modèle ont été réalisées dans une étape préalable à cet article (Mathieu et al., 2013). Dans cette thèse, « quitter son emploi » signifie

quitter l'emploi occupé actuellement par le médecin (p. ex. : changer de localisation géographique, quitter la médecine pour faire autre chose, changer de lieu de pratique, changer de concentration ou encore se désengager complètement de la RAMQ). Le premier article (chapitre 2) avait pour objectif de mieux comprendre la problématique de « l'intention de quitter » des omnipraticiens afin de les maintenir en emploi en prenant en considération le phénomène de conflit travail-famille (Greenhaus et al., 2001; Mathieu & Mathieu, 2012; Netermeyer et al., 2004; Rode et al., 2007; Yavas et al., 2008) et le modèle sur le stress du Job Demands-Resources (Demerouti et al., 2001a). Les statistiques obtenues chez les omnipraticiens du Québec, province canadienne où l'enquête de cette recherche a été effectuée, corroborent la relation entre le conflit travail-famille et l'intention de quitter (Sondage national des médecins du Canada, 2004; 2010¹⁶). La recension des écrits effectuée au chapitre 2 (article 1) a suggéré par ailleurs que les médecins sont confrontés à de fortes exigences au travail et que les ressources dont ils disposent pour faire face à celles-ci sont parfois limitées. L'exposition aux risques psychosociaux entraîne des conséquences individuelles (par ex. : épuisement) et organisationnelles (par ex. : médecins qui quittent). C'est en s'appuyant sur le modèle de stress du Job Demands-Resources (JD-R), cohérent avec la théorie de la conservation des ressources, qu'a été construit un nouveau modèle théorique. Intitulé le modèle « conflit exigences-ressources » (CE-R), il intègre, d'une part, les recherches de Bakker et Demerouti sur le JD-R et le conflit travail-famille et, d'autre part, la variable dépendante à l'étude, « l'intention de quitter ». Ce modèle (CE-R) (Mathieu et al., 2013) se veut plus exhaustif que le modèle JD-R. En plus des variables de base du JD-R, le présent modèle permet également de considérer le conflit travail-famille (CTF) et l'intention de quitter. Plusieurs études soulignent l'importance du CTF dans la décision de quitter (Greenhaus et al., 2001; Mathieu & Mathieu, 2012; Netermeyer et al., 2004; Rode et al., 2007; Yavas et al., 2008). Précisons que la variable du conflit travail-famille semble retenir de plus en plus l'attention des chercheurs alors que de nombreuses études se penchent sur ses associations possibles avec les deux variables indépendantes du modèle JD-R, soit les exigences et les ressources au travail (Bakker et al., 2011; Bakker et al., 2008b; Demerouti et al., 2012).

¹⁶ <http://nationalphysiciansurvey.ca>

Ce nouveau modèle (CE-R) n'ayant jamais été confronté à la réalité d'une population donnée, l'objectif principal de cette recherche consiste justement à le tester auprès d'un échantillon d'omnipraticiens. L'analyse proposée dans cet article évalue le nouveau modèle dans son ensemble, à l'aide de modélisation par équations structurelles. L'analyse de validation permettra de juger de la performance du modèle et de mieux comprendre les enjeux associés à la sphère professionnelle des omnipraticiens.

4.1. Objectif général de cet article

Afin de répondre à la problématique de l'intention de quitter des omnipraticiens, l'objectif général de cet article est de vérifier le degré de performance d'un nouveau modèle intégrateur qui se pose comme une extension au modèle JD-R, en incluant les problématiques du CTF et de l'intention de quitter. Le modèle CE-R conceptuel est présenté à la figure 16. Les flèches en continu du modèle présenté ci-après sont tirées des différentes recherches de Demerouti et Bakker d'après leur modèle du JD-R et représentent une relation significative entre les phénomènes (Bakker et al., 2005; Bakker et al., 2008a; Bakker et al., 2008b; Bakker et al., 2011; Demerouti et al., 2001a, b; Demerouti, Bakker, & Schaufeli, 2005; Demerouti et al., 2009). Les flèches en pointillé proviennent de la littérature sur le CTF et l'intention de quitter, mais n'ont pas été vérifiées dans le contexte du JD-R (Frone et al., 1992; Jason-Malik, 2005; Mathieu & Mathieu 2012; Netemeyer et al., 2004; Rode et al., 2007; Schaufeli et al., 2002; Schaufeli, Taris, & van Rhenen, 2008; Yavas et al., 2008).

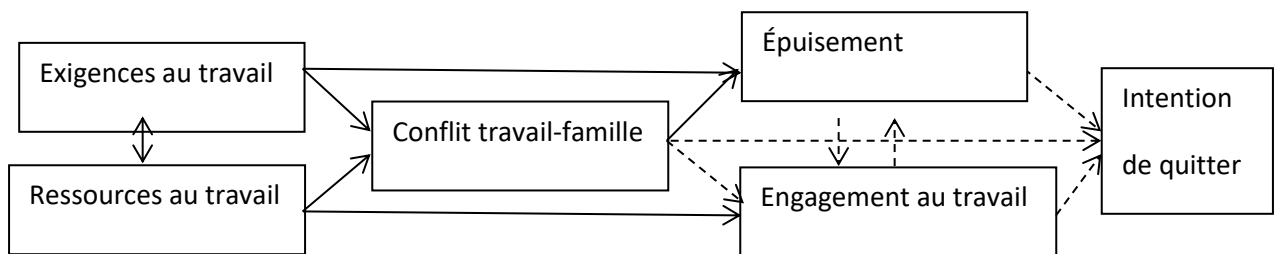


Figure 16. Le nouveau modèle proposé sur le CTF et « l'intention de quitter » pour les omnipraticiens du Québec : le modèle « Conflit Exigences-Ressources ».

4.2. Cadre théorique

Dans cette section, il sera question de présenter les différents phénomènes du modèle CE-R ainsi que les relations entre eux.

4.2.1. L'intention de quitter

Le contexte de travail des médecins, souvent décrit comme stressant, pourrait résulter d'une situation complexe dans laquelle le personnel en santé se voit confronté aux exigences élevées et parfois conflictuelles provenant d'une pluralité de sources : exigences de leurs patients, de leur famille, de même que de la société (Socialstyrelsen, 2001; Williams et al., 2001). Nonobstant les recherches spécifiques au modèle JD-R, d'autres études ont démontré que des exigences élevées au travail, combinées à une insuffisance de ressources disponibles, sont des prédicteurs de mouvement de personnel chez les médecins (Gardulf et al., 2008; Jakubowski, 2004; Williams et al., 2001). Les difficultés liées à la rétention de ce personnel qualifié et expérimenté (médecins) ont fait ressortir la nécessité de prendre en considération différentes dimensions de l'environnement au travail susceptibles d'affecter l'intention de quitter et d'influencer, par voie de conséquence, la qualité des services de santé offerts à la population (Edwards & Burnard, 2003).

En 2010, un sondage national mené auprès de médecins indiquait que de 2010 à 2012, 13,3 % des omnipraticiens canadiens planifiaient quitter leur emploi¹⁷; la province de Québec s'avérait la plus touchée avec plus de 25 % de sa population dépourvue de médecin de famille (Abastado, 2012). Dans le reste du Canada, cette proportion varie entre 10 et 15 % selon les provinces. Tenter de combler la pénurie de plus de 1 000 omnipraticiens dans la province de Québec implique *a priori* une meilleure compréhension des raisons de quitter la profession avant d'aspirer au développement de mesures visant une amélioration substantielle des conditions de travail et le maintien en emploi. Dans la problématique de cette recherche, l'« intention de quitter » est retenue comme variable dépendante pour mieux comprendre ce phénomène. Il faut se rappeler que l'intention de quitter chez les médecins de famille s'avère le meilleur indice pour prédire leur départ effectif ou non (Hann et al., 2011).

¹⁷ <http://nationalphysiciansurvey.ca>

4.2.2. Le conflit travail-famille (CTF) comme prédicteur de l'intention de quitter

La variable CTF a été retenue comme variable principale pour expliquer « l'intention de quitter » suite aux sondages effectués entre 2003 et 2010 par le Collège des médecins de famille du Canada, l'Association médicale canadienne et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada¹⁸. Ces sondages montraient l'importance du conflit travail-famille dans les décisions des médecins concernant leur formation continue (l'horaire et les lieux éloignés provoquent un CTF; pour éviter ce conflit, les médecins participent moins ou pas du tout aux formations), la diminution de leurs heures de pratique et le désir de déménager leur pratique. De plus, plusieurs études ont démontré l'existence d'un lien direct important entre un haut niveau de CTF et l'intention de quitter des médecins (Greenhaus et al., 2001; Mathieu & Mathieu, 2012; Netermeyer et al., 2004; Rode et al., 2007; Yavas et al., 2008).

De la perspective de la théorie des rôles (« Role Stress Theory ») (Kahn et al., 1964), Greenhaus et Beutell (1985) ont défini le conflit ou l'interférence entre le travail et la vie familiale de la façon suivante : « a form of interrole conflict in which the role pressures from the work and family domains are mutually incompatible in some respect ». Le conflit travail-famille réfère à une tâche ou à un devoir dans un domaine qui ne peut pas ou ne peut pas complètement être effectué à cause de responsabilités de l'autre domaine. La théorie des rôles (Kahn et al., 1964; Greenhaus & Beutell, 1985) stipule que les multiples rôles sociaux sont souvent perçus comme source de pression sur les individus. La combinaison de la famille et du travail impose souvent plus d'exigences qu'un individu seul est en mesure de satisfaire, ce qui conduit à une surcharge des rôles et ensuite à un conflit des rôles.

H₁ : La perception de conflit travail-famille a une influence directe et positive sur l'intention de quitter.

Pour expliquer le conflit travail-famille, une recension des écrits a permis d'identifier de nombreux prédicteurs : ils sont reliés à des exigences et des ressources en milieu de travail. Dans la littérature, la relation entre le CTF et l'intention de quitter est mesurée de façon directe, c'est-à-dire qu'aucun modèle ne fait intervenir de variable entre le CTF et l'intention de quitter. Néanmoins, on peut non seulement constater que le CTF entraîne plusieurs effets négatifs sur l'épuisement (Adam et al., 2008) et l'engagement (Adams et al., 1996; Frone et

¹⁸ Sondages effectués par le Collège des médecins de famille du Canada, l'Association médicale canadienne et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, disponibles à l'adresse : www.nps-snm.ca

al., 1992), mais également que le fait d'être moins engagé et plus épuisé augmente l'intention de quitter (Craig, 2005; Jackson-Malik, 2005). Alors que l'intention de quitter son emploi (Burke, 1988; Netemeyer et al., 1996) est associée au CTF, Boyar et al. (2003) ont souligné le peu d'attention accordée aux liens permettant d'expliquer la dynamique entre le CTF et l'intention de quitter son emploi. Eu égard à ce qui précède, il est permis de penser qu'un modèle pourrait expliquer l'interaction de certaines variables organisationnelles entre le CTF et le fait de vouloir quitter. Cette lacune justifie l'élaboration d'un modèle, car aucun ne semble avoir été testé, jusqu'à présent, en vue d'expliquer la relation entre le CTF et l'intention de quitter, autre que de façon directe. Or, il est plausible de croire que divers facteurs peuvent influencer l'effet du CTF sur l'intention de quitter l'emploi. Pour ce faire, le recours aux fondements du modèle du Job Demands-Resources est pertinent en ce qu'il permet de comprendre le conflit travail-famille et l'intention de quitter des omnipraticiens.

4.2.3. Le Job Demands-Resources Model (JD-R)

En cohérence avec la théorie de la conservation des ressources, la construction du modèle du Job Demands-Resources (Demerouti et al., 2001a) visait à expliquer le stress ressenti par les individus en relation avec les exigences et les ressources au travail. Cette théorie, mise en lumière par Hobfoll (1989), s'appuie sur le postulat selon lequel les individus se motivent en cherchant à conserver, protéger et construire des ressources. Ils éprouvent du stress lors de la perte potentielle ou réelle de leurs ressources. Cette conception s'inscrit dans la lignée des travaux de Maslow (1968) qui stipulent que les gens recherchent instinctivement le plaisir en possédant des ressources physiques, sociales et psychologiques. Il en ressort que les exigences au travail sont significativement et positivement liées aux composantes de l'épuisement et que le manque de ressources au travail diminue significativement l'engagement au travail (Demerouti et al., 2001a). De plus, en 2009, dans une étude menée auprès de 1636 infirmières canadiennes, Jourdain et Chênevert montrent que les exigences au travail sont le prédicteur le plus important de l'épuisement. Ce lien entre les fortes exigences au travail et l'épuisement est conséquent avec les résultats d'une étude d'Adam et al. (2008) effectuée auprès de médecins hongrois. Suivant la même logique que le modèle Demandes-Contrôle-Soutien de Karasek (1979, 1990), ainsi que le modèle de Déséquilibre Effort-Reconnaissance de Siegrist (1996), le modèle JD-R propose une définition plus

réaliste de la latitude décisionnelle en autorisant la description de différentes formes de contrôle : c'est ainsi qu'il considère des composantes des modèles antérieurs, telles que compétences, soutien social et reconnaissance, comme des « ressources ». Quant aux exigences psychologiques (modèle de Karasek) et aux efforts (modèle de Siegrist), ils sont pris en considération dans le modèle JD-R par la composante « exigences ». Dans le modèle JD-R, on parle plutôt de perception des exigences et des ressources au travail. Par contre, un médecin pourrait percevoir des exigences élevées, mais être satisfait quand même. Dans l'optique de vouloir offrir des pistes de solutions dans la pratique pour diminuer l'intention de quitter des médecins, il sera question dans cet article de la *satisfaction* à l'égard des exigences et des ressources au travail, car il s'agit bien de la perception des médecins par rapport à ces conditions de travail plutôt que leur quantité. Les médecins s'attendent probablement à un travail comportant des exigences élevées, donc il est plus difficile de faire diminuer la quantité d'exigences, mais il est davantage utile, par exemple, d'avoir des éléments concrets concernant les exigences sur lesquelles il est possible de travailler.

H₂ : Une satisfaction à l'égard des ressources au travail a une influence directe et positive sur l'engagement au travail.

H₃ : Une satisfaction à l'égard des exigences au travail a une influence directe et négative sur l'épuisement.

Au départ, bien que Demerouti et al. (2001a) mentionnent que les exigences ont un effet direct sur l'épuisement et que les ressources ont un effet direct sur l'engagement, contrairement à Karasek, leur modèle ne suppose pas que ces deux facteurs doivent interagir. D'autres études sont venues ajouter des effets modérateurs entre ces variables. Le modèle JD-R englobe toutes les formes de ressources et d'exigences du travail et postule même que les différentes ressources en emploi peuvent jouer un rôle de modérateur en ce qui concerne les exigences liées au travail (Bakker, 2007 ; Xanthopoulou et al., 2007). En fait, les ressources au travail diminuent l'impact des exigences élevées en emploi sur l'épuisement (Bakker et al., 2003b; Bakker et al., 2005). L'effet modérateur entre les ressources et les exigences est conséquent avec les résultats de recherche de Kahn et Byosièrè (1992). Tel qu'expliqué précédemment, il est à noter que dans cette thèse, le but étant de vérifier la performance globale d'un nouveau modèle, les effets modérateurs des ressources entre les exigences au travail et l'épuisement ne seront pas vérifiés. L'ajout de variables médiatrices

au modèle JD-R est la contribution principale de cette thèse. Ce sont donc les différents effets médiateurs de ces variables qui seront privilégiés dans les analyses.

H₄ : Une satisfaction à l'égard des ressources au travail a une influence directe et négative sur l'épuisement.

H₅ : Une satisfaction à l'égard des exigences au travail a une influence directe et positive sur l'engagement au travail.

La section suivante cherche à comprendre la dynamique entre les variables du modèle JD-R et le CTF pour mieux intégrer les liens entre ces phénomènes.

4.2.4. Du modèle JD-R au conflit travail-famille

Plusieurs exigences en emploi sont positivement reliées au CTF : a) le nombre d'heures travaillées par semaine; b) un horaire irrégulier; c) l'irrégularité des quarts de travail; d) le temps supplémentaire; e) les exigences quantitatives et émotionnelles au travail (Simon et al., 2004 ; Greenhaus & Beutell, 1985). Une étude de Adkins et Premeaux (2012) effectuée auprès de 544 participants provenant du secteur manufacturier, du secteur des services et des organisations à but non lucratif, mesurait de façon multidimensionnelle les effets linéaires et non linéaires du nombre d'heures travaillées sur le CTF. En cohérence avec la littérature (Byron, 2005; Drenzo, Greenhaus, & Weer, 2011; Greenhaus, Bedeian, & Mossholder, 1987), les résultats ont démontré l'existence d'une relation directe entre le nombre d'heures travaillées et le CTF.

Récemment, Bakker et al. (2011) se sont penchés sur les effets des exigences élevées et des ressources insuffisantes en emploi sur le CTF. Il est ressorti de ces études que non seulement cette combinaison augmentait le CTF d'un individu, mais que ce conflit entraînait des répercussions négatives sur le conjoint. Dès lors, selon Bakker et al. (2011), le JD-R peut s'appliquer au CTF. Par exemple, une ressource en emploi, telle que l'ajout d'une infirmière mise en place en guise de réponse à une exigence particulière d'un haut taux d'achalandage au travail, entraîne un allègement d'horaire professionnel, mais pourrait aussi avoir un effet positif sur l'augmentation du temps à consacrer à la famille.

H₆ : Une satisfaction à l'égard des ressources au travail a une influence directe et négative sur la perception du conflit travail-famille.

H₇ : Une satisfaction à l'égard des exigences au travail a une influence directe et négative sur la perception du conflit travail-famille.

4.2.5. Du conflit travail-famille à l'intention de quitter, en circulant par l'épuisement et l'engagement

Alors que des études ont vérifié les liens directs entre le CTF et les ressources ainsi que les exigences au travail au moyen du modèle JD-R (Bakker et al., 2008b; Bakker et al., 2011), le lien entre le CTF et les phénomènes de l'épuisement et de l'engagement a été peu observé dans l'application du modèle JD-R. Néanmoins, une étude de Demerouti et al. (2005) montrait que les exigences élevées au travail entraînaient une augmentation du niveau de CTF; ce niveau élevé de CTF entraînait à son tour une augmentation du niveau d'épuisement. La littérature rapporte une relation constante entre le CTF et l'épuisement; même que celui-ci constitue l'une des variables les plus fréquemment employées comme conséquences potentielles du CTF (Kinnunen & Mauno, 1998; Netemeyer et al., 1996). Ceci est cohérent avec une étude de Adam et al. (2008) menée en Hongrie qui concluait que le CTF était un prédicteur important de l'épuisement chez les médecins. Contrairement à d'autres études sur le JD-R, dont l'étude originale du modèle JD-R de Demerouti et al. (2001a), Demerouti et al. (2005) n'ont pas constaté de lien direct entre les exigences au travail et l'épuisement; en revanche, le CTF jouait un rôle de médiateur entre les deux variables. La présente étude vise entre autres à vérifier cette hypothèse.

H₈ : La perception de conflit travail-famille a une influence directe et positive sur l'épuisement.

La relation entre le CTF et l'engagement au travail dans le contexte du modèle JD-R ne semble pas avoir été étudiée jusqu'à présent. Schaufeli et al. (2002) définissent l'engagement au travail comme étant un élément positif, un accomplissement, un état d'esprit relié au travail caractérisé par : (1) la vigueur (c.-à-d. un niveau élevé d'énergie et une résistance mentale au travail, une volonté de s'investir dans son travail et la persistance à faire face à ses difficultés); (2) le dévouement (c.-à-d. un sentiment d'importance, d'enthousiasme, d'inspiration, de fierté et de défi); et (3) l'absorption (c.-à-d. être entièrement concentré et absorbé dans son travail, penser que le temps passe vite et avoir du mal à se détacher de son travail). Par contre, le lien entre un niveau élevé de CTF et une

diminution de l'engagement au travail en dehors du modèle JD-R a déjà été étudié par plusieurs chercheurs. McNall et al. (2010) remarquent une relation positive entre le CTF et l'engagement, ce qui est cohérent également avec le modèle de Greenhaus et Powell (2006).
H₉ : La perception de conflit travail-famille a une influence directe et négative sur l'engagement au travail.

4.2.6. De l'épuisement et de l'engagement au travail vers une intention de quitter

Selon Demerouti, Moster et Bakker (2010), plus un individu est épuisé, moins il est engagé envers son travail et vice-versa. Il ne s'agit pas d'un continuum, mais plutôt de deux facteurs qui sont opposés. Dans cette thèse, la relation entre l'engagement et l'épuisement sera vérifiée seulement dans un sens, car la modélisation par équations structurelles ne permet pas une relation à double sens. La relation conservée est celle qui stipule que plus un médecin est engagé, moins il sentira d'épuisement.

H₁₀ : L'engagement a une influence directe et négative sur l'épuisement.

La mise en relation de l'épuisement et de l'intention de quitter chez les médecins semble faire défaut à la littérature existante. Nonobstant cela, une étude menée par Ohue et al. (2011) auprès d'infirmières japonaises indiquait une relation entre l'épuisement et l'intention de quitter. Ce résultat est appuyé par une étude de Pienaar et Bester (2011), réalisée auprès de 542 infirmières, qui mettait en évidence les niveaux les plus élevés de l'intention de quitter chez le groupe d'infirmières affichant les niveaux les plus élevés d'épuisement. De plus, en 2009, dans une étude menée auprès de 1636 infirmières canadiennes, Jourdain et Chênevert montrent qu'un niveau élevé d'épuisement et un faible niveau d'engagement augmenteraient de façon significative l'intention de quitter.

H₁₁ : L'épuisement a une influence directe et positive sur l'intention de quitter.

En 2009, Hagopian et al. ont mesuré l'intention de quitter chez des employés du système de santé ougandais. Un des cinq facteurs qui sont ressortis comme diminuant le risque de vouloir quitter était un engagement actif dans le département. Les modèles sur la rétention du personnel se sont d'abord attardés aux stressors pour expliquer les conséquences subies par l'organisation, parmi lesquelles on retrouve une baisse de l'engagement au travail et une plus grande intention de quitter (Podsakoff et al., 2007). Dans

le même sens, les travaux de Johns (2011) montrent qu'en termes de désengagement envers le travail, l'intention de quitter constitue l'extrême d'un continuum de deux facteurs distincts.

H₁₂ : L'engagement a une influence directe et négative sur l'intention de quitter.

Une extension du modèle JD-R, qui inclut la variable CTF comme variable médiatrice et l'intention de quitter comme variable dépendante, a été proposée dans une étude antérieure (Mathieu et al., 2013), mais n'a pas fait l'objet de mesures auprès d'une quelconque population. Le modèle JD-R s'avère d'une grande utilité pour la pratique sur le terrain, étant donné les éléments aussi concrets qu'opérationnels qui le composent et avec lesquels il devient possible de travailler dans une perspective préventive en intervenant sur les exigences au travail et les ressources au travail. La figure 17, représentant le modèle opérationnel utilisé pour les équations structurelles, est composée des quatre variables de base du modèle JD-R, bonifiées de la variable CTF et de l'intention de quitter. Elles sont illustrées comme autant de variables latentes, chacune comportant un certain nombre d'items. Le tableau 8 présente les définitions des différentes variables latentes et leur composition.

Tableau 8. *Les définitions des différentes variables latentes et leur composition*

Sat ressources au travail (F1)
V1 : Disponibilité du personnel infirmier
V2 : Disponibilité du personnel (autre qu'infirmier)
V3 : Relation avec les autres employés
V4 : Disponibilité des locaux
V5 : Disponibilité des équipements médicaux
V6 : La valorisation de votre titre d'omnipraticien au sein de la Profession
Sat. exigences au travail (F2)
V7 : Temps accordé aux tâches administratives
V8 : Temps accordé aux patients
V9 : Communication avec les gestionnaires de l'établissement
V10 : Système de tenue de dossiers
V11 : Transfert des informations liées au dossier du patient lorsque vous le référez à un spécialiste
Engagement au travail (F3)
V12 : Je déborde d'énergie pour mon travail.
V13 : Je me sens fort(e) et vigoureux(se) pour faire ce métier.
V14 : Je suis passionné(e) par mon travail.
V15 : Faire ce métier est stimulant.
V16 : Lorsque je me lève le matin, j'ai envie d'aller travailler.
V17 : Je suis content(e) lorsque je suis captivé(e) par mon activité.

V18 : Je suis fier(e) du travail que je fais.

Conflit travail-famille

V20 : Il m'est difficile de combler mes engagements familiaux en raison du stress que m'apporte mon travail de médecin.

V21 : À cause de mes engagements envers mes collègues et mes patients, je dois modifier certains engagements envers la famille.

V22 : En raison de la durée de mes heures de travail et d'heures de garde, j'ai du mal à assumer mes obligations familiales.

V23 : Mon travail de médecin est tellement absorbant qu'il empiète sur ma vie familiale.

V24 : Il y a des activités que j'aimerais faire dans mon temps personnel que je ne trouve pas le temps de faire à cause de mes responsabilités envers ma profession et mes patients.

Épuisement (F5)

V25 : Avez mal dormi à cause de préoccupations ?

V26 : Vous êtes senti(e) constamment sous tension ?

V27 : Avez eu l'impression de ne pas pouvoir surmonter les difficultés?

V28 : Vous êtes senti(e) malheureux(se) et déprimé(e) ?

V29 : Avez perdu confiance en vous?

V30 : Avez eu l'impression d'être un(e) "moins que rien"?

Intention de quitter (F6)

V31 : Changer d'endroit géographiquement, mais garder le même genre d'emploi.

V32 : Quitter la médecine pour faire autre chose.

V33 : Changer de milieu de travail (clinique vs hôpital vs centre universitaire vs CLSC).

V34 : Changer de concentration (familiale vers spécialité ou l'inverse ou encore d'une spécialité à une autre).

V35 : Pratiquer en clinique privée et désengagé(e) de la RAMQ.

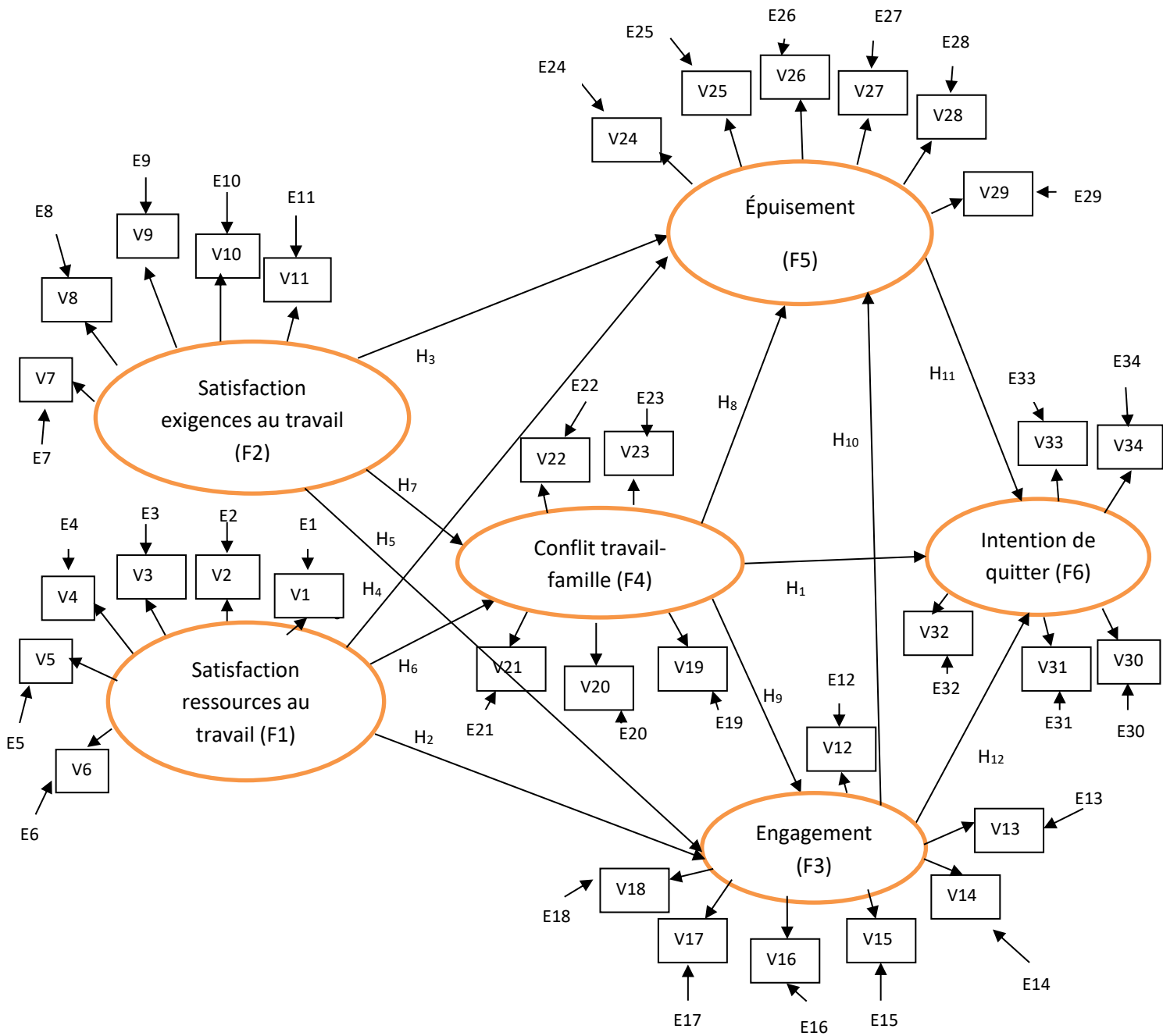


Figure 17. Le modèle opérationnel du Conflit Exigences-Ressources. Figure originale, construite à partir de la littérature citée précédemment dans cette section.

Cette étude propose de vérifier la performance du nouveau modèle qui pourrait expliquer le rôle du CTF dans la relation entre le JD-R et l'intention de quitter son emploi. L'utilisation du nouveau modèle de Mathieu et al. (2013) et son application à la population

des omnipraticiens québécois devraient mener à une meilleure compréhension de l'impact des exigences et des ressources au travail des médecins sur le conflit travail-famille, l'épuisement, l'engagement au travail et, ultimement, l'intention de quitter.

4.3. Méthodologie

La méthodologie dans cet article est divisée en trois sections. La description des données utilisées pour cet article est d'abord réalisée, en décrivant les variables utilisées et en discutant de l'opérationnalisation des variables dépendantes et indépendantes. Ensuite, les mesures des variables sont présentées. Finalement, les résultats des analyses descriptives des variables closent la section.

4.3.1. Données

Les données utilisées pour cette étude proviennent d'une enquête effectuée par l'entremise du logiciel Survey Monkey. Le questionnaire comportait vingt questions dont certaines correspondent aux six construits de cette recherche (satisfaction face aux ressources, satisfaction face aux exigences, engagement au travail, épuisement, conflit travail-famille et intention de quitter), en plus de celles couvrant les données sociodémographiques. Dans cette thèse, il s'agit bien de mesurer la satisfaction face aux ressources et aux exigences au travail; se référant plutôt à leur qualité, selon les médecins, qu'à leur quantité. Un courriel d'invitation à remplir le questionnaire a été envoyé au début du mois de février 2011 par le vice-président de l'organisation provinciale qui s'occupe de défendre les droits des omnipraticiens (FMOQ), dans le but de maintenir la confidentialité de la liste de courriels de ses membres. Un rappel a été envoyé deux semaines plus tard, soit à la mi-février 2011. Le courriel d'invitation, signé par le vice-président et la chercheure principale de cette recherche (C.A. Mathieu), visait deux fins : expliquer la recherche et rappeler le libre choix de le remplir ou non. La première page du questionnaire en ligne s'ouvrait sur la mention du caractère confidentiel de l'étude, à la suite de quoi le participant devait confirmer son consentement libre et éclairé. L'invitation à remplir le questionnaire a été envoyée à environ 5 000 omnipraticiens de la province de Québec, le nombre exact fluctuant selon les ajouts et retraits d'adresses électroniques. En tout, 1 112 questionnaires

ont été complétés, parmi lesquels 43 se sont avérés inutilisables en raison de données manquantes (seul le consentement du participant avait été complété). Ce sont donc 1 069 questionnaires qui ont été conservés pour les fins d'analyses de cette recherche. Étant donné que les informations personnelles relatives aux médecins demeurent confidentielles, il n'est pas possible de déterminer, parmi les médecins ayant reçu le courriel, lesquels se trouvaient en vacances, absents, en congé de maladie, en activités de recherche à l'extérieur ni même combien d'entre eux avaient changé d'endroit de travail ou d'adresse électronique sans en avoir avisé leur fédération.

Sans tenir compte des répondants qui n'ont pu remplir le questionnaire pour différentes raisons, le taux brut de réponse s'élève à 22,24 %, ce qui est fort acceptable pour ce type de population (Klabunde, et al., 2012). Selon ces auteurs, qui ont traité de l'amélioration de la qualité des enquêtes menées auprès de médecins (Klabunde et al., 2012), un échantillon standard de médecins provenant d'une association (comme c'est le cas dans cette étude) peut s'avérer problématique à plusieurs égards pour les chercheurs. Parmi ces difficultés, les auteurs soulignent le manque de mises à jour régulières, voire annuelles, de ces types de banques de données. L'utilisation d'une telle liste peut s'avérer onéreuse pour les chercheurs qui doivent retracer les informations incomplètes ou désuètes. La vérification des données pour un échantillon de médecins (National Survey of Primary Care Physicians' Recommendations and Practices for Breast, Cervical, Colorectal, and Lung Cancer) indiquait que 20 % de l'échantillon avait nécessité des recherches supplémentaires afin d'obtenir les informations exactes concernant les numéros de téléphone et/ou adresses, alors que 7 % de l'échantillon n'avait pu être retracé malgré des efforts rigoureux déployés en ce sens. De plus, une vérification téléphonique a révélé que 13 % des médecins qui, selon la base de données disponible, étaient, en principe, éligibles pour leur étude, ne l'étaient pas dans les faits : certains ne pratiquaient pas la médecine; d'autres étaient associés erronément à une spécialité; d'autres encore étaient décédés (Klabunde et al., 2012). Un autre obstacle important pour les chercheurs auprès de la population des médecins consiste en l'exactitude des adresses électroniques. En effet, certains médecins en possèdent qui varient selon les endroits de pratique et certaines de ces adresses sont rarement utilisées. Sudman et Blair (1999) ont révélé que les sondages effectués auprès des médecins atteignaient typiquement un taux de réponse de moins de 10 % en 1999. Une étude récente qui a analysé des dizaines

de sondages effectués auprès de médecins conclut que les taux de réponse depuis 1998 semblent en déclin chez cette population (Mcleod et al., 2013).

Pour vérifier le biais des non-répondants, une analyse des répondants « hâtifs » contre « tardifs » a été effectuée avec la variable de la satisfaction face aux ressources au travail, la satisfaction face aux exigences au travail et la variable de l'épuisement. La comparaison entre les répondants qui ont répondu au début du sondage, c'est-à-dire dès la première invitation à remplir le questionnaire d'une part et, d'autre part, les répondants tardifs, c'est-à-dire suite à un rappel, amène à croire que les résultats des répondants tardifs correspondent approximativement à ceux des non-répondants. On peut penser que ces répondants tardifs auraient probablement figuré parmi les non-répondants s'il n'y avait pas eu de rappel (Miller & Smith, 1983; Radhakrishna & Doamekpor, 2008). Le résumé des tests effectués pour comparer les moyennes des deux groupes (hâtifs et tardifs) a été présenté au tableau 5 du chapitre 3. Les résultats indiquent qu'en moyenne, le groupe des répondants hâtifs, qui représentent les premiers 10 %, et le groupe des répondants tardifs, qui représentent les derniers 10 %, ne diffèrent pas au niveau de ces trois variables (aucune différence significative à un seuil de 0,05). Il est donc possible de conclure en la probabilité d'une similitude entre les non-répondants et les répondants tardifs; par conséquent, le biais des non-répondants ne constitue pas une préoccupation majeure dans le cadre de cette étude.

4.3.2. Mesures des variables

Le questionnaire en ligne comporte une section portant sur des informations générales relatives aux omnipraticiens (par ex. : âge, genre) ainsi qu'à leur emploi (par ex. : lieu de pratique principal). La deuxième partie était constituée d'un total de 40 items répartis en six instruments de mesure évaluant chacun une variable et mesurés à l'aide de différentes échelles de Likert. Les six variables étaient : le « conflit travail-famille », l'« engagement au travail », la « détresse psychologique » (instrument bifactoriel : anxiété et épuisement), la « satisfaction face aux exigences au travail », la « satisfaction face aux ressources au travail » et l'« intention de quitter ».

La mesure de la variable « CTF » a été adaptée de l'instrument de Netemeyer, Boles et Mcmurrian (1996) et traduite en français pour une autre recherche par Mathieu (2008) et comporte cinq items. Une échelle de Likert à 5 points a été utilisée, allant de 1 (complètement

en désaccord) à 5 (complètement en accord). Des résultats élevés sur ces énoncés indiquent un niveau élevé de CTF chez les omnipraticiens (Netemeyer, Boles & Mcmurrian, 1996). L'instrument de mesure de l'engagement au travail est celui du UWES de Schaufeli et Bakker (2006) et comporte neuf items. Une échelle de Likert à 7 points a été utilisée, allant de 0 (jamais) à 6 (tous les jours). Un score supérieur signifie un niveau élevé d'engagement par rapport à son travail. Pour mesurer l'épuisement, une partie du General Health Questionnaire (GHQ) de Goldberg et Williams (1970) à 12 items a été retenu. Cet instrument, développé dans les années 1970 dans le but de cibler l'inhabileté à effectuer des fonctions normales et l'apparence de détresse, permet ainsi d'évaluer le bien-être d'une personne. Une échelle de Likert à 4 points a été utilisée, allant de 1 (plus que d'habitude) à 4 (bien moins que d'habitude). Comme le spécifient Werneke et al. (2000), le GHQ-12 devrait être utilisé sur un mode bifactoriel : un facteur mesurant l'anxiété (6 items) et un autre mesurant l'épuisement (6 items). Pour être conséquent avec le modèle JD-R, seul le construit sur l'épuisement sera utilisé dans cet article. La mesure de la variable « intention de quitter son emploi » a été adaptée de l'instrument de Simon, Kummerling et Hasselhorn (2004) et adaptée en français pour une autre recherche par Mathieu (2008). Une échelle de Likert à 5 points a été utilisée, allant de 1 (jamais) à 5 (chaque jour). Composé de cinq items, l'instrument définit le fait de « quitter son emploi » par les actions suivantes : changer de localisation géographique, quitter la médecine pour faire autre chose, changer d'environnement de travail (par ex. : de l'hôpital vers un CLSC), changer de concentration ou encore se désengager complètement de la RAMQ. Des résultats élevés sur ces énoncés indiquent que les omnipraticiens pensent souvent quitter leur emploi, donc ont une « intention de quitter leur emploi » élevée.

Dans cette thèse, les exigences et les ressources au travail sont mesurées en termes de *satisfaction* plutôt qu'en termes de quantité. Il importe de connaître la satisfaction des médecins par rapport aux exigences et aux ressources, car un médecin peut par exemple avoir des exigences élevés (en quantité) et bien s'en accommoder. La satisfaction au travail est définie par Locke (1976) comme étant « une émotion plaisante ou positive résultant d'une évaluation de différentes expériences au travail » (traduction libre en français). Dans la littérature, la satisfaction a été mesurée comme concept global faisant référence à la satisfaction en général et également comme étant une facette spécifique, référant à divers

aspects d'un travail (Nagy, 2002). Les auteurs d'une étude menée auprès de médecins aux États-Unis (Williams, Konrad & Linzer, 1999) ont identifié différentes composantes de la satisfaction au travail des médecins : autonomie, relations avec les collègues, relations avec les patients, relations avec les autres employés, temps, tâches administratives. Ces différents items se retrouvent également dans nos instruments sur la satisfaction face aux ressources et aux exigences. Dans cette thèse, nous parlons d'exigences pour référer à la pression du temps, à la lourdeur administrative reliée à la tenue de dossiers et au cheminement des dossiers lors de références, ainsi qu'à la relation avec les gestionnaires des établissements. Nous parlons des ressources pour référer à la disponibilité du personnel infirmier et autres, à la relation avec les employés, à la disponibilité des locaux et des équipements, et à la valorisation de leur titre d'omnipraticien.

Selon la revue de littérature effectuée dans le cadre de la présente thèse, aucun instrument mesurant les exigences et les ressources au travail des médecins spécifiquement n'a été répertorié. À ce sujet, Bakker et al. (2007) soulignent l'importance d'adapter les construits aux emplois spécifiques. C'est d'ailleurs une critique que Bakker et al. (2007) font des instruments mesurant un construit de façon uniforme pour tous types d'emplois. En effet, il est plausible de croire que ce qui est perçu comme une exigence ou comme une ressource varie selon le type d'emploi. Suivant la recommandation de Bakker et al. (2011) d'adapter ces instruments à chaque type d'emploi, un groupe de discussion a été réuni en octobre 2007 avec six médecins du Centre Hospitalier de l'Université de Sherbrooke au Canada dans le but de cibler les exigences et les ressources susceptibles d'affecter le plus le travail des médecins. Cinq items ont été retenus pour la variable « satisfaction face aux exigences » et neuf items pour la variable « satisfaction face aux ressources » (voir figure 17). Mesurés sur une échelle de type Likert à 7 points, allant de 1 (complètement insatisfait) à 6 (complètement satisfait), un score moyen élevé sur ces items indique une grande satisfaction.

Des analyses en composantes principales ont été effectuées sur chacun des construits afin de vérifier leur unidimensionnalité. Pour les instruments du CTF, intention de quitter, satisfaction face aux exigences au travail et détresse psychologique (facteur épuisement), les résultats indiquaient qu'un seul facteur expliquait à lui seul la variance totale pour chacun des construits. Pour ce qui est de l'instrument de la satisfaction face aux ressources au travail, après avoir retiré un (1) item en raison d'une qualité de représentation trop basse, les huit

autres ont été classés en trois facteurs suite à une rotation varimax. Deux items (3-4) s'étant retrouvés isolés dans les facteurs deux et trois, l'instrument de mesure utilisé pour cette recherche pour évaluer la satisfaction face aux ressources au travail des omnipraticiens est composé, au final, des six items subsistants. De plus, pour la variable engagement au travail, les items 8 et 9 ont été retranchés suite à la vérification de l'indice global de valeur propre révélant la présence de deux facteurs explicatifs. L'instrument sur l'engagement au travail comporte donc 7 items. Les résultats de ces analyses sont décrits dans l'annexe B.

La consistance interne de ces instruments a été vérifiée en effectuant une analyse des composantes de chacun des items à l'intérieur des instruments, en utilisant l'alpha de Cronbach (α). Tel que décrit dans l'annexe A, les résultats des alphas de Cronbach (α) étaient tous bons ou très bons, indiquant la fiabilité des items qui composent les instruments (DeVon et al., 2007; Nunnally & Bernstein, 1994).

4.3.3. Les statistiques descriptives de l'échantillon

Mille soixante-neuf questionnaires ont été complétés, 56,7 % par des femmes et 43,3 % par des hommes. Parmi les répondants, 81,7 % étaient mariés(es) ou conjoints(es) de fait; 18,3 % célibataires, séparés(es), divorcés(es), veufs(ves). De plus, 68,5 % appartenaient à la génération des babyboomers, 23,6 % à la génération X et 7,9 % à la génération Y. Ils ont rapporté avoir des enfants ou personnes à charge à 68,2 % tandis que 31,8 % étaient sans enfants ou personnes à charge. Parmi ces omnipraticiens, 92 % pratiquaient la médecine familiale à temps partiel ou à temps plein; 1,4 % était en congé sabbatique ou sans solde d'une pratique médicale active. Pour ce qui est du milieu de travail principal, c'est-à-dire le milieu où le médecin passe le plus de son temps, 46,2 % pratiquaient en clinique privée ou en clinique sans rendez-vous, 16,4 % en centre hospitalier, 16,1 % en clinique communautaire (CLSC), 8,3 % en centre universitaire, 2,4 % en unité de recherche ou bureau administratif ou professeur en faculté de médecine. Les répondants habitaient dans chacune des 17 régions administratives de la province de Québec.

4.3.4. Analyses statistiques

La méthodologie se fonde principalement sur l'utilisation de la modélisation à l'aide d'équations structurelles à l'intérieur de laquelle un ensemble de régressions linéaires sont

résolues dans le but d'estimer un ensemble d'hypothèses de relations causales entre des variables latentes et observées (Mueller, 1999). Le logiciel Mplus version 6.1 est utilisé pour réaliser les analyses des équations structurelles (Muthén & Muthén, 2007) et le logiciel EQS 6.2 pour les analyses factorielles confirmatoires (Bentler, 1995).

Pour les analyses de cette étude, certaines variables latentes ont été transformées en variables observées afin de permettre une meilleure convergence du modèle ainsi que pour mettre l'emphase sur les deux nouveaux phénomènes intégrés au modèle JD-R : CTF et intention de quitter. Le modèle simplifié représenté à la figure 18 conserve les mêmes variables que le modèle opérationnel décrit précédemment (figure 17) à la différence que certaines variables latentes ont été transformées en variables observées. Étant donné l'importance, sur le plan du développement des connaissances, de procéder à la validation la plus complète possible d'un modèle JD-R étendu qui intègre les variables CTF et intention de quitter, ces deux dernières ont été conservées en tant que variables latentes.

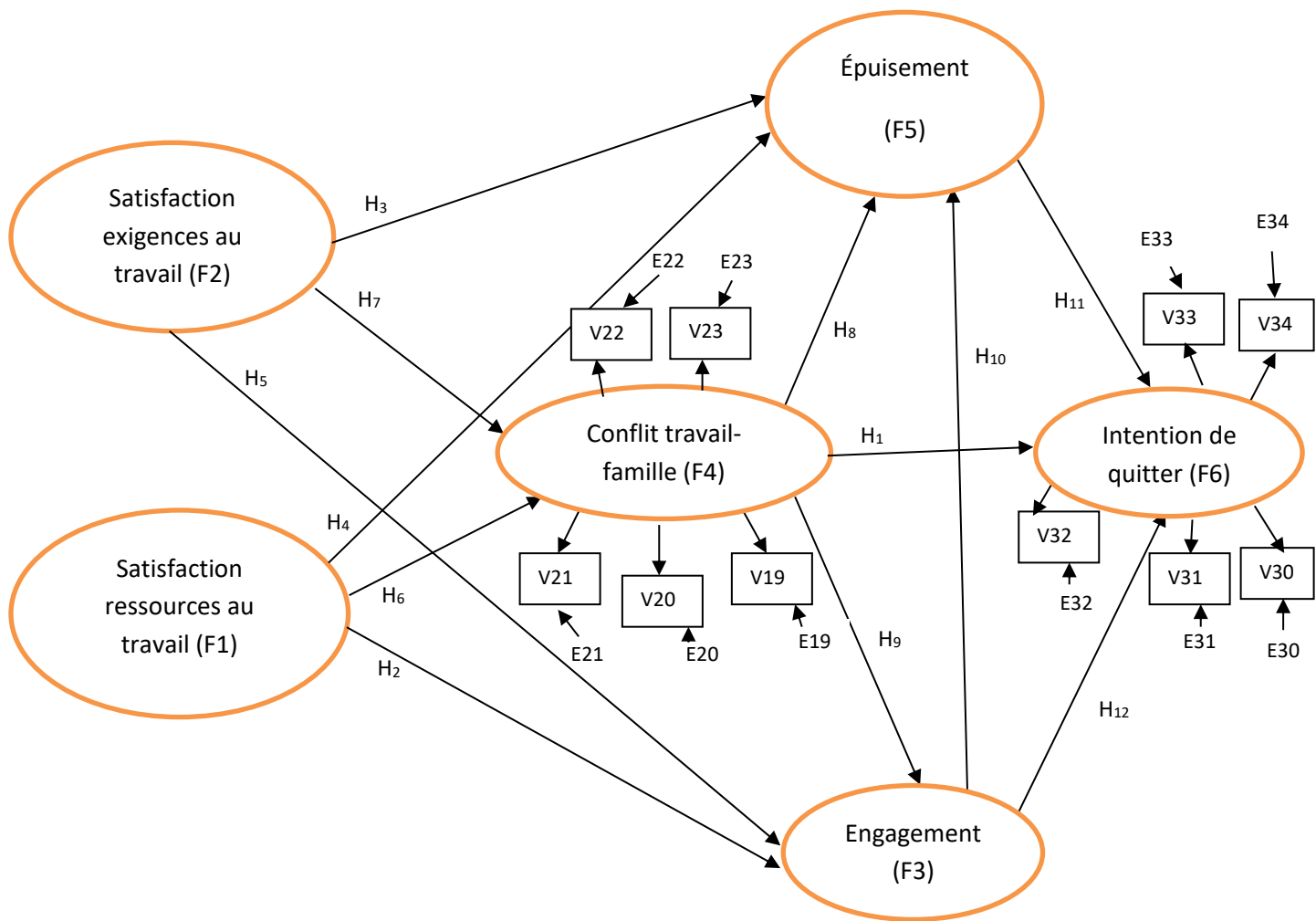


Figure 18. Le modèle simplifié pour les analyses sur le Conflit Exigences-Ressources. Figure originale, construite à partir de la littérature citée précédemment dans cette section.

4.4. Résultats

4.4.1. Les résultats des équations structurelles

L'évaluation des différences entre la matrice de corrélation des variables observées et la matrice de corrélation des variables prédites par le modèle devrait reposer sur des indices multiples (Mueller, 1999). Les indices les plus couramment utilisés sont (Thomson et al., 2009) :

- 1) le chi-carré, qui permet de vérifier l'hypothèse nulle stipulant que les matrices de variance/covariance du modèle théorique et empirique sont identiques (les matrices)

(Brodeur et al., 1999; Byrne, 2006; Roussel et al., 2002). Lorsque le χ^2 est non significatif, cela indique que le modèle proposé offre une représentation adéquate des données de l'échantillon (Bentler, 1995; Byrne, 2006). Cependant, le test dépend de la taille de l'échantillon (Cheung & Rensvold, 2002) et l'ajustement parfait est rarement atteint (Thomson et al., 2009), en particulier dans le cas d'un échantillon de grande taille, comme dans le cas de notre recherche (Kline, 2005);

- 2) le « Root Mean Square Error of Approximation » (RMSEA) suggère si le modèle s'ajuste de manière satisfaisante aux données de l'échantillon (Mueller, 1999). Le RMSEA pourrait s'avérer un outil utile pour surmonter le problème de la taille de l'échantillon (Browne & Cudeck, 1992). Un RMSEA inférieur ou égal à 0.05 témoigne d'une bonne qualité d'ajustement (Mueller, 1999); par contre, un indice RMSEA de moins de 0.8 témoigne tout de même d'un ajustement acceptable (Browne & Cudeck, 1992);
- 3) le « Comparative Fit Index » (CFI) et le « Tucker-Lewis Index » (TLI) comparent la qualité d'ajustement du modèle spécifié à celle d'un modèle de référence. Il est restreint à un intervalle de 0 à 1, où une valeur près de 1 indique un meilleur ajustement des données au modèle (Mueller, 1999). Le CFI est un des indices parmi les moins sensibles à la taille de l'échantillon (Schermelleh-Engel et al., 2003). Pour le CFI et le TLI, les valeurs entre 0.90 et 0.95 sont destinées à représenter une valeur acceptable de l'ajustement du modèle, alors que les valeurs supérieures à 0.95 indiquent un excellent ajustement du modèle (Tabachnick & Fidell, 1996);
- 4) la statistique chi-carré divisée par le nombre de degré de liberté est également une indication de l'ajustement du modèle (Browne & Cudeck, 1992). Une valeur égale ou inférieure à 5 représente un ajustement acceptable (Bollen & Long, 1993).

Analyses factorielles confirmatoires

Les structures des facteurs ont été vérifiées au moyen d'analyses factorielles confirmatoires réalisées à l'aide du logiciel EQS 6.2 (Bentler, 1995). Pour les analyses factorielles confirmatoires, seuls deux facteurs de premier ordre ont été vérifiés, étant donné la présence de seulement deux variables latentes dans le modèle, soit : le conflit travail-famille et l'intention de quitter. Ces deux variables latentes ont donc fait l'objet d'analyses

factorielles confirmatoires visant à valider et confirmer les analyses effectuées précédemment, soit : la consistance interne et l'unidimensionnalité.

Quatre indices ont été utilisés pour estimer la correspondance entre la matrice des estimés théorique et la matrice des estimés empirique : le chi-carré, l'indice de justesse de comparaison (CFI), l'indice de justesse non normatif (NNFI) proposé par Tucker et Lewis (1973), et le RMSEA de Steiger (1990). Pour le facteur du conflit travail-famille comprenant 5 items, le χ^2 était de 27.31 et était significatif, ce qui peut être dû à la grandeur de l'échantillon; les résultats des autres indices sauront mieux nous orienter. Le χ^2/dl est de 5.46 (27.31 / 5), ce qui est près du seuil de 5 (Bollen & Long, 1993). Les résultats du CFI et du NNFI s'élevant respectivement à 0.998 et 0.996, ils s'avèrent indiquer un excellent ajustement du modèle, car très près de 1. De plus, l'indice RMSEA de 0.065 était inférieur au seuil critique de 0,8, ceci indique que ce modèle s'ajuste de manière satisfaisante aux données de notre échantillon. Pour le facteur intention de quitter comprenant 5 items, le χ^2 était de 27.35 et était significatif, ce qui peut être dû à la grandeur de notre échantillon. Le χ^2/dl est de 5.47 (27.35 / 5), ce qui est près du seuil de 5 (Bollen & Long, 1993). Les résultats du CFI et du NNFI s'élevant respectivement à 0.98 et 0.959, ils s'avèrent indiquer un très bon ajustement du modèle, car très près de 1. De plus, l'indice RMSEA de 0.065 indique que ce modèle s'ajuste de manière acceptable aux données de notre échantillon. Les résultats des analyses factorielles confirmatoires suggèrent qu'il est adéquat d'utiliser les facteurs conflit travail-famille et intention de quitter, composés chacun de cinq items dans le modèle proposé.

Un chi-carré significatif

Pour les modèles qui ont un échantillon de 75 à 200 cas, le chi-carré peut s'avérer une mesure raisonnable pour vérifier l'ajustement du modèle. Par contre, pour les modèles de plus de 400 cas (comme c'est le cas dans cette thèse), le chi-carré est presque toujours statistiquement significatif. Le chi-carré est également affecté par le nombre de corrélations dans le modèle proposé : plus il y a de corrélations, moins le chi-carré sera adéquat. Une étude de Marsh, Hau et Wen (2014) suggère même qu'il arrive que des modèles adéquats soient rejetés avec le test du chi-carré qui est très affecté par la grandeur de l'échantillon. Le chi-carré ne devrait donc pas servir à rejeter des modèles. C'est pour ces raisons qu'il faut

plutôt se fier aux autres indices d'ajustement, comme le test d'ajustement du chi-carré sur le degré de liberté, le CFI, NNFI et RMSEA.

Le modèle dans son ensemble

Les indices d'ajustement global du modèle montrent que, pour chacune des mesures, le modèle performe de façon acceptable. Étant donné que les mesures sont catégorielles, le WLSMV « Weighted Least Squares Estimation with Missing Data » a été utilisé, tel que suggéré par les auteurs du logiciel MPlus (Muthén & Muthén, 2007). Le test de chi-carré de l'ajustement du modèle est significatif ($df = 68$; $p = 0.00$), ce qui représente un ajustement critiquable (Kline, 2005). L'indice RMSEA est de 0,055, ce qui est passable; par contre, les valeurs obtenues pour les indices $CFI = 0.98$ et $NNFI = 0.973$ supposent que ce modèle s'ajuste de manière satisfaisante aux données de notre échantillon. Globalement, on peut dire que l'ajustement de ce modèle est acceptable; le test de chi-carré de l'ajustement du modèle avec le degré de liberté est de 4.17 ($283.395 / 68$), ce qui est inférieur au seuil attendu de 5; par contre, le RMSEA est passable (limite de 0.08). La figure 19 présente les résultats du modèle simplifié dans son ensemble.

Dans un souci d'obtenir le modèle le plus performant avec nos phénomènes à l'étude et notamment pour améliorer l'indice du RMSEA, plusieurs autres alternatives ont été évaluées. En ajustant le modèle aux liens non significatifs et aux liens indirects du modèle CE-R, il s'est avéré que le modèle le plus performant dans son ensemble est celui illustré à la figure 20. Précisément, étant donné que la satisfaction face aux exigences au travail n'est pas significativement associée à l'épuisement et à l'engagement dans le modèle simplifié (figure 19), ces deux liens ont été retirés du modèle perfectionné (figure 20). Tel que suggéré par le logiciel Mplus lors de l'analyse des liens directs et indirects, un lien direct entre la satisfaction face aux ressources au travail et l'intention de quitter a été ajouté au modèle perfectionné. Le test de chi-carré de l'ajustement du modèle perfectionné est significatif ($df = 69$; $p = 0.00$), ce qui représente un ajustement critiquable (Kline, 2005). Par contre, l'indice RMSEA est de 0,047, ce qui représente un bon ajustement; les valeurs obtenues pour les indices $CFI = 0.985$ et $NNFI = 0.981$ corroborent que ce modèle s'ajuste de manière satisfaisante aux données de notre échantillon. De plus, le test de chi-carré de l'ajustement du modèle avec le degré de liberté est de 3.29 ($227.14 / 69$), ce qui est très bon, car inférieur

au seuil attendu de 5. Globalement, on peut dire que l'ajustement de ce modèle est satisfaisant, même si toutefois le chi-carré est significatif. Les ajouts et les retraites entre certains phénomènes ont permis de rendre le modèle CE-R plus performant (figure 20) que le modèle simplifié (figure 19) proposé.

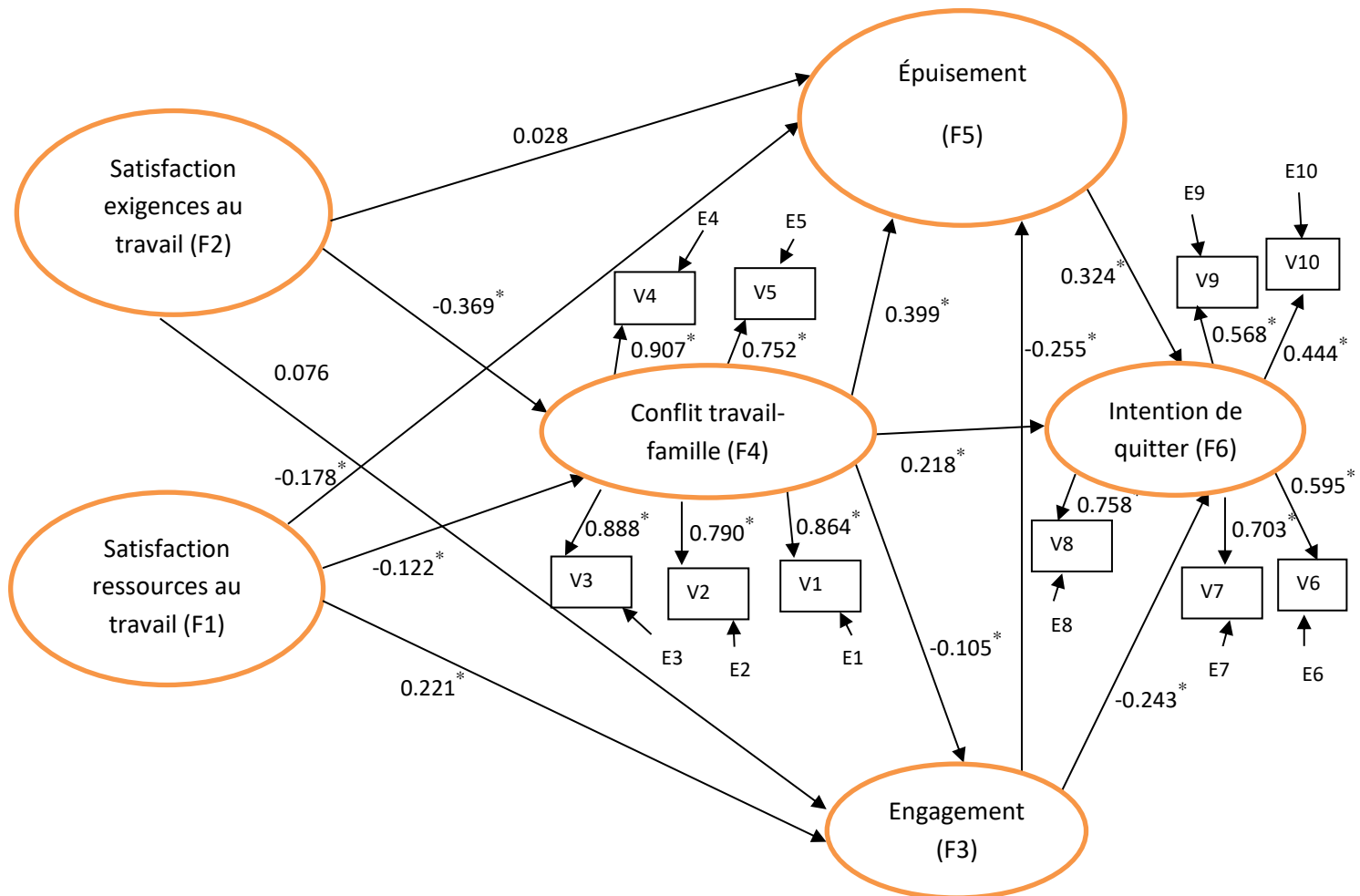


Figure 19. Les résultats du modèle CE-R simplifié. Figure originale, construite à partir des résultats des analyses statistiques. Note : * signifie que le coefficient est significatif à un seuil de 1 %.

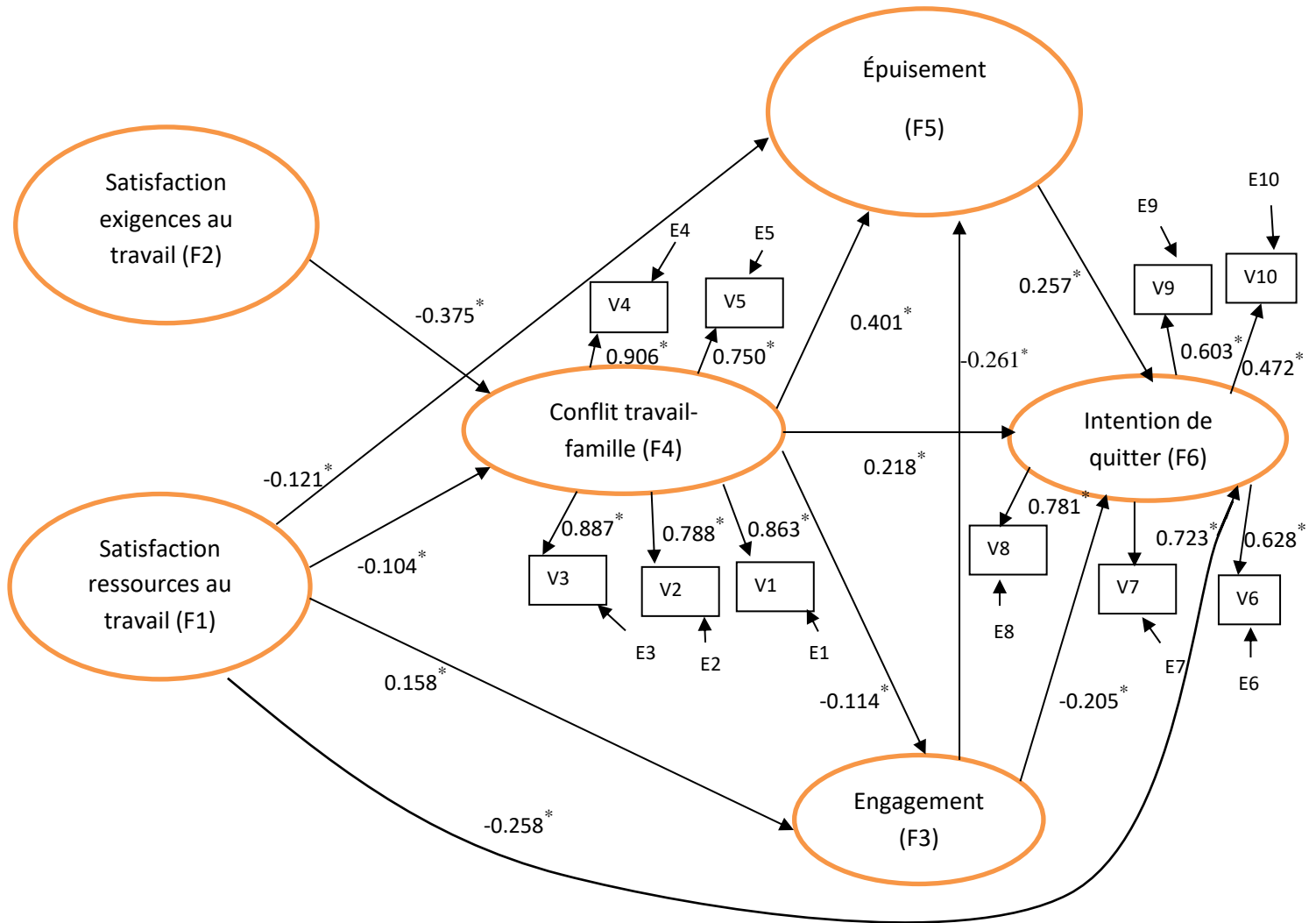


Figure 20. Les résultats du modèle CE-R perfectionné. Figure originale, construite à partir des résultats des analyses statistiques. Note : * signifie que le coefficient est significatif à un seuil de 1 %.

4.4.2. Relations entre les variables

Effets directs et totaux

Les tableaux 9 et 10 exposent les différents effets directs et totaux entre les variables du modèle CE-R perfectionné. Les coefficients standardisés sont utilisés dans cet article pour en faciliter la comparaison. Les coefficients sont convertis en une valeur métrique commune permettant de les comparer entre eux en termes d'ampleur. Le tableau 9 présente les résultats des effets directs entre les variables du modèle. Les effets directs d'une variable sur une

autre sont définis comme les coefficients structurels qui les relient, tandis que les effets indirects sont définis comme le produit des coefficients structurels associés qui relient deux variables dans une chaîne structurale particulière (Mueller, 1999). L'effet total d'une variable sur une autre inclut les liens directs et indirects, il est donc défini comme la somme des effets directs et indirects d'une variable sur une autre (Mueller, 1999). Le tableau 10 représente les effets totaux entre les variables. Les résultats des effets totaux différents des effets directs sont représentés en caractères gras. Ces différences sont le résultat d'effets indirects qui sont décrits dans la prochaine section.

Tableau 9. *Les effets directs entre les variables avec des coefficients standardisés*

Variables explicatives	Variables dépendantes					
	Sat. ressources au travail (F1)	Sat. exigences au travail (F2)	Engagement (F3)	CTF (F4) ^a	Épuisement (F5)	Intention de quitter (F6) ^a
Sat. ressources au travail (F1)			0.158*	-0.104*	-0.121*	-0.258*
Sat. exigences au travail (F2)				-0.375*		
Engagement (F3)					-0.261*	-0.205*
Conflit travail-famille (F4) ^a			-0.114*		0.401*	0.218*
Épuisement (F5)						0.257*
Intercepts			4.144		5.371	
Nombre de cas	1035					
R Carré			0.051	0.207	0.328	0.436

Les indices d'ajustement global du modèle : RMSEA = 0.047; CFI = 0.985; TLI = 0.981; test du chi-carré/ dl 227.143/ 69 = 3.29.

* indique que le coefficient est significatif à un taux de 1 %.

^a indique une variable latente.

Tableau 10. *Les effets totaux entre les variables avec des coefficients standardisés*

Variables explicatives	Variables dépendantes					
	Sat. ressources au travail (F1)	Sat. exigences au travail (F2)	Engagement (F3)	CTF (F4) ^a	Épuisement (F5)	Intention de quitter (F6) ^a
Sat. ressources au travail (F1)			0.158*	-0.104*	-0.121*	-0.369*
Sat. exigences au travail (F2)				-0.375*		-0.132*
Engagement (F3)					-0.261*	-0.205*
Conflit travail-famille (F4) ^a			-0.114*		0.401*	0.352*
Épuisement (F5)						0.257*
Intercepts			4.144		5.371	
Nombre de cas	1035					
R Carré			0.051	0.207	0.328	0.436

Les indices d'ajustement global du modèle : RMSEA = 0.047; CFI = 0.985; TLI = 0.981; test du chi-carré/ dl 227.143/ 69 = 3.29

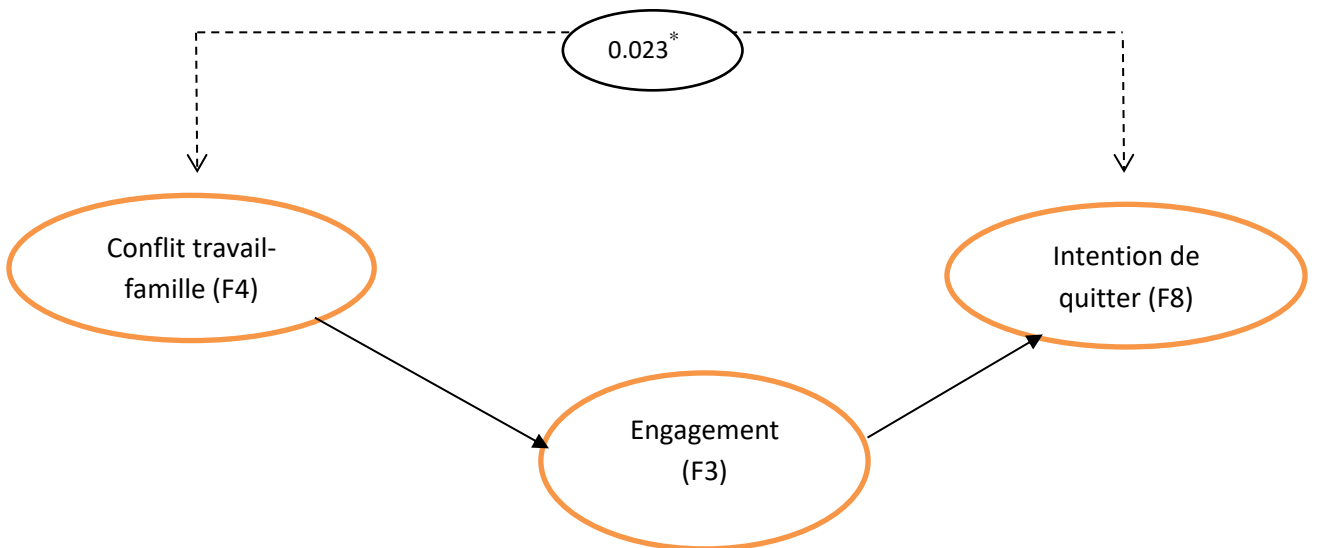
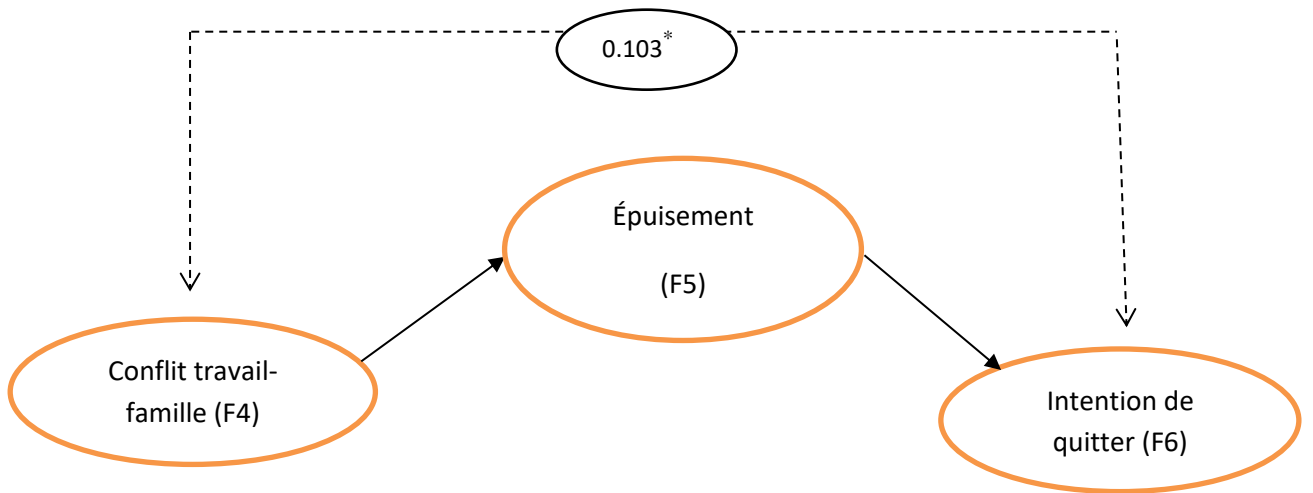
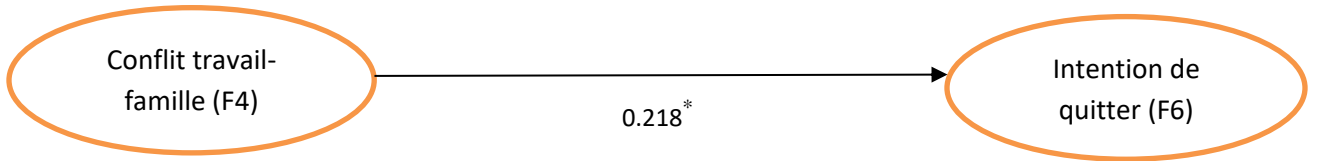
* indique que le coefficient est significatif à un taux de 1 %.

^a indique une variable latente.

Les chiffres en caractère gras représentent les résultats des effets totaux qui diffèrent des effets directs.

Effets indirects

Dans notre modèle, trois relations avec des effets indirects ont été vérifiées : CTF (F4) avec intention de quitter (F6), la satisfaction face aux ressources au travail (F1) avec intention de quitter (F6) et la satisfaction face aux exigences au travail (F2) avec intention de quitter (F6). Étant donné que les effets directs et totaux diffèrent pour les trois relations, les résultats de la modélisation par équations structurelles suggèrent les effets indirects suivants pour expliquer les effets entre les phénomènes. Les figures 21, 22 et 23 illustrent respectivement la répartition des effets totaux entre deux phénomènes en ce qui a trait aux effets directs et indirects. La figure 21 représente la répartition de l'effet total (0.352) du CTF sur l'intention de quitter en illustrant les effets directs et indirects. Il est donc suggéré qu'il y a un effet direct entre le CTF et l'intention de quitter (0.218), mais que l'effet structurel chemine également à travers l'épuisement (0.103) et l'engagement au travail (0.023).



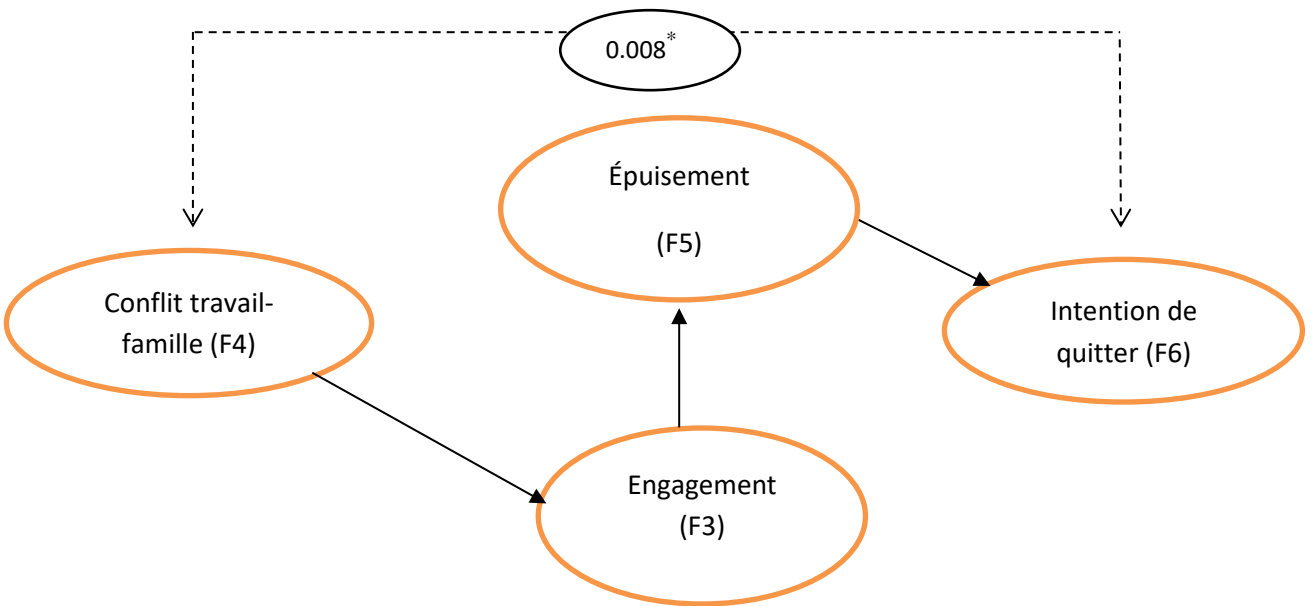
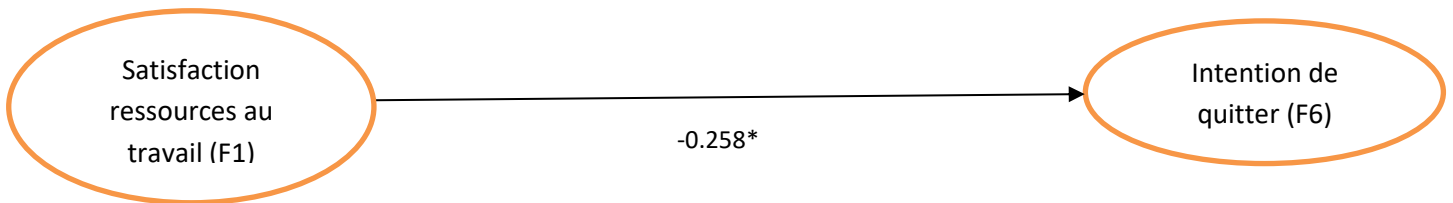
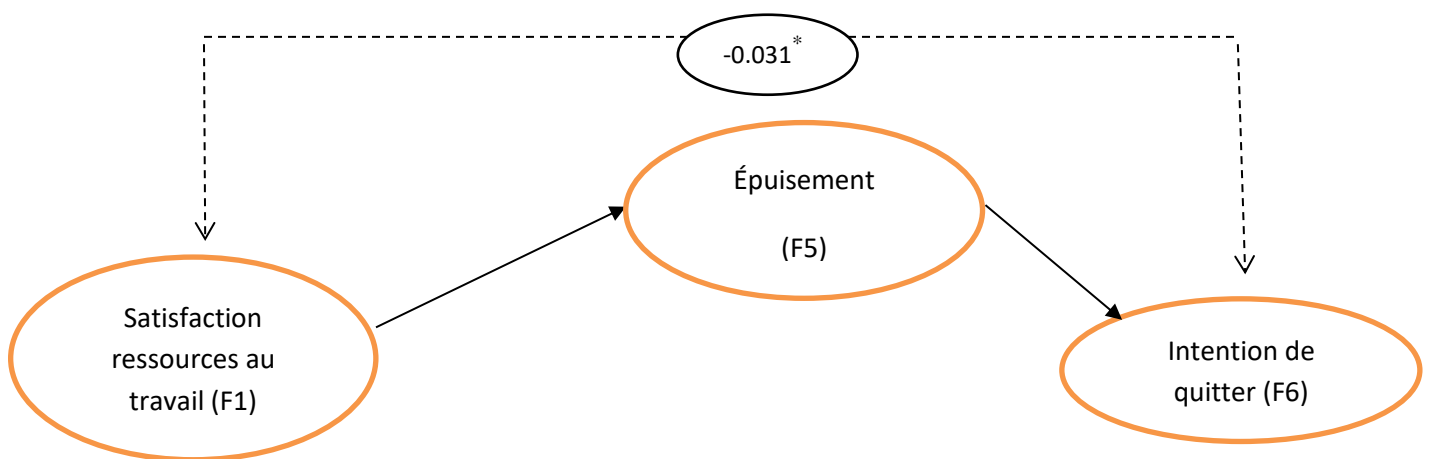
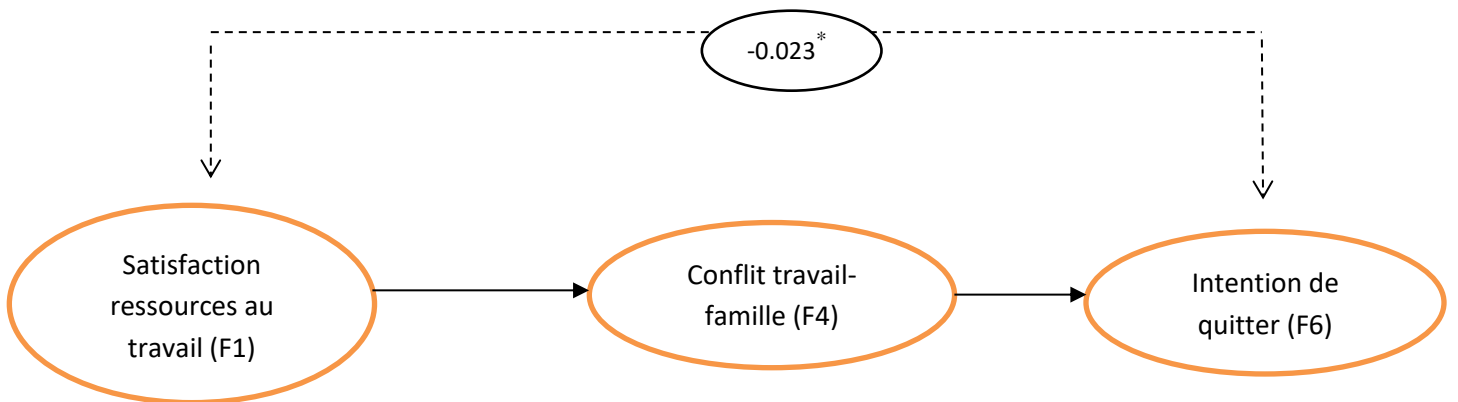
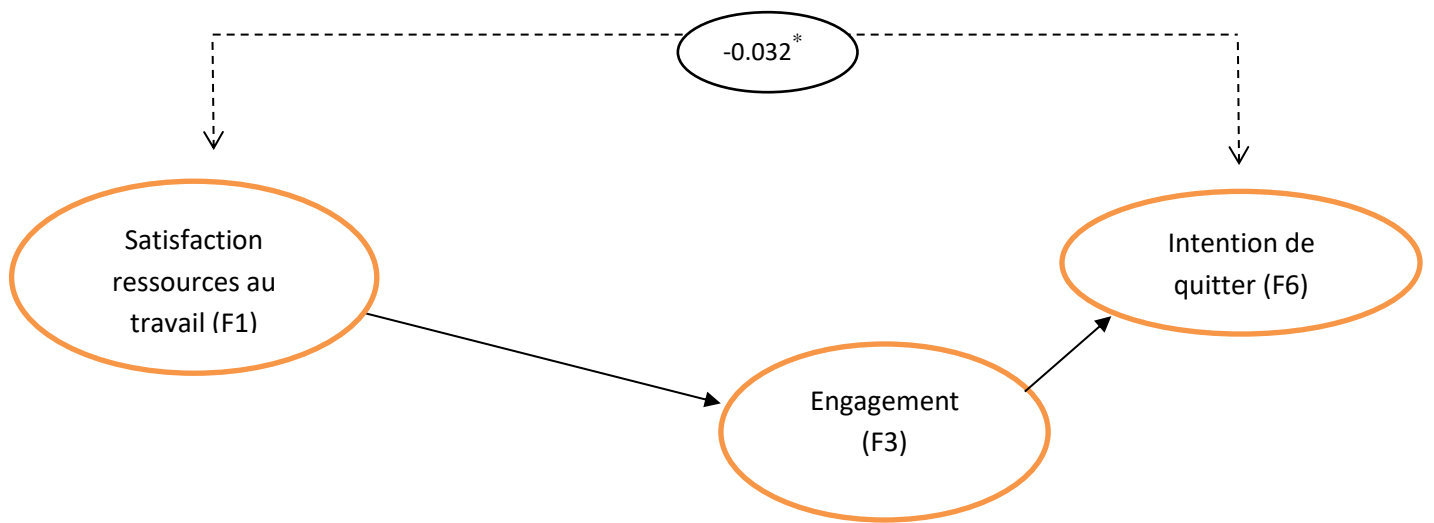
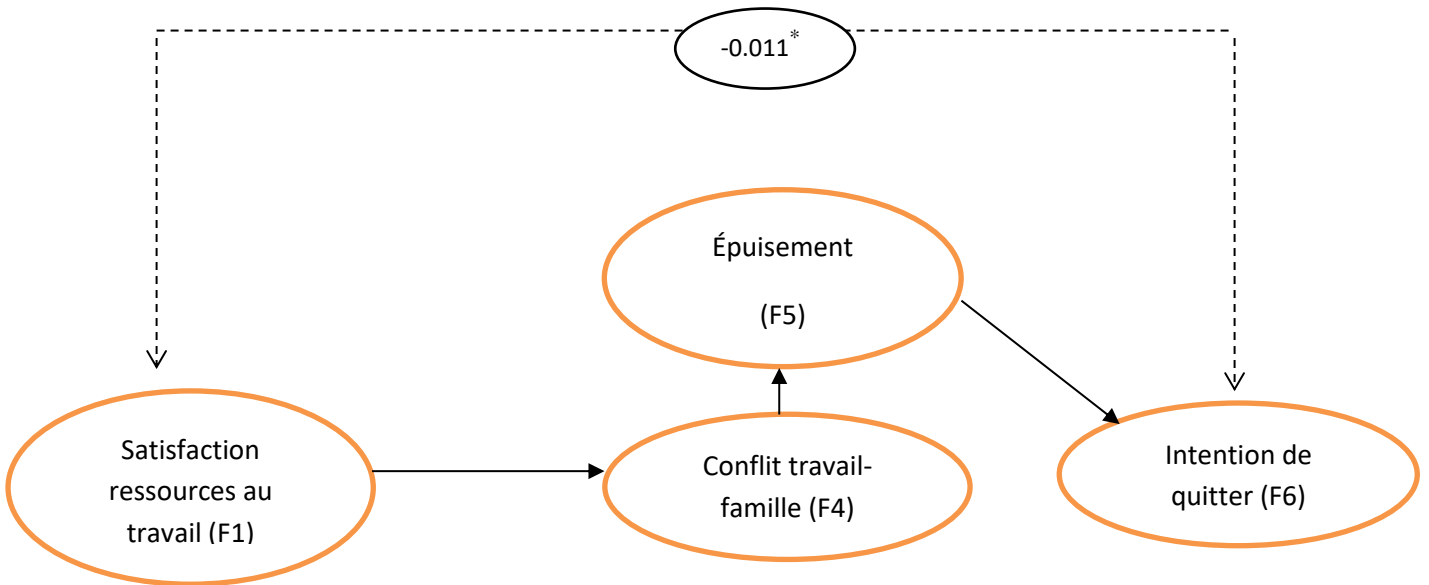
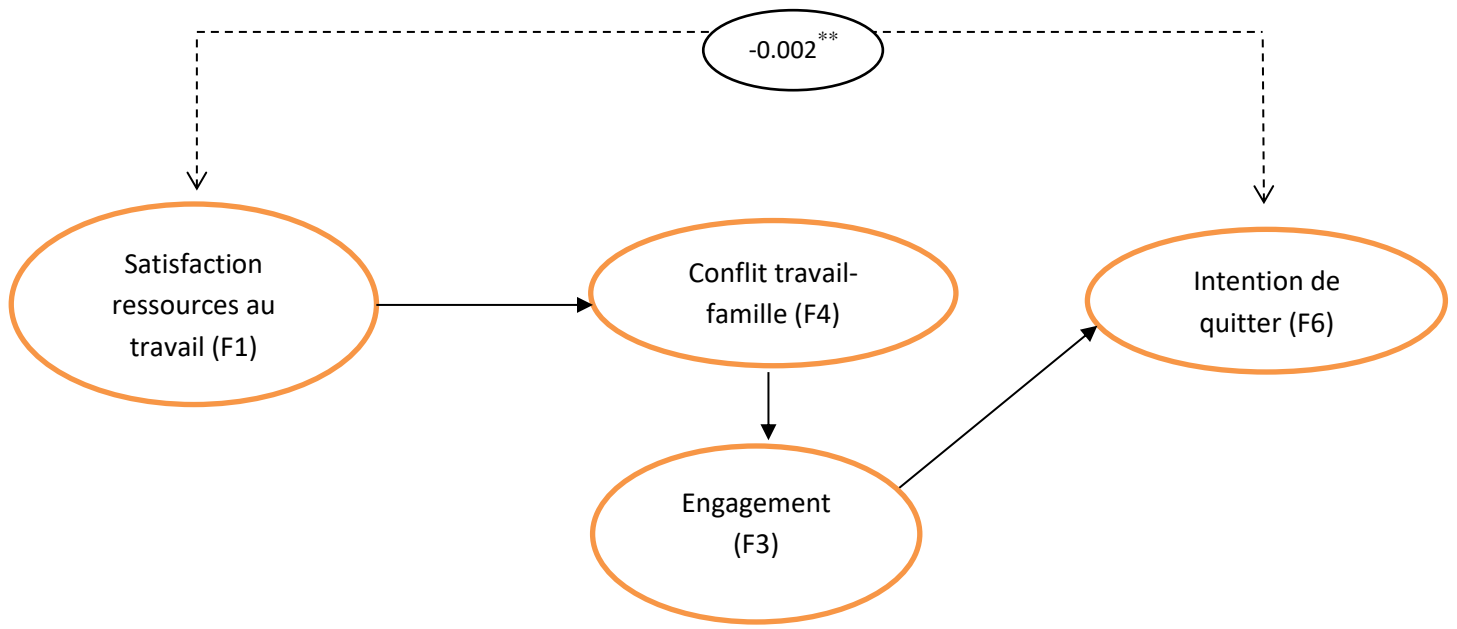


Figure 21. Les résultats des effets directs et indirects du CTF sur l'intention de quitter. Figure originale, construite à partir des résultats des analyses statistiques. Note : * signifie que le coefficient est significatif à un seuil de 1 %.

La figure 22 représente la répartition de l'effet total (-0.369) de la satisfaction face aux ressources au travail sur l'intention de quitter en illustrant les effets indirects. Il est à noter que la satisfaction face aux ressources a un effet direct sur l'intention de quitter (-0.258). Les effets structurels de la satisfaction face aux ressources sur l'intention de quitter cheminent à travers l'engagement, l'épuisement et le CTF.







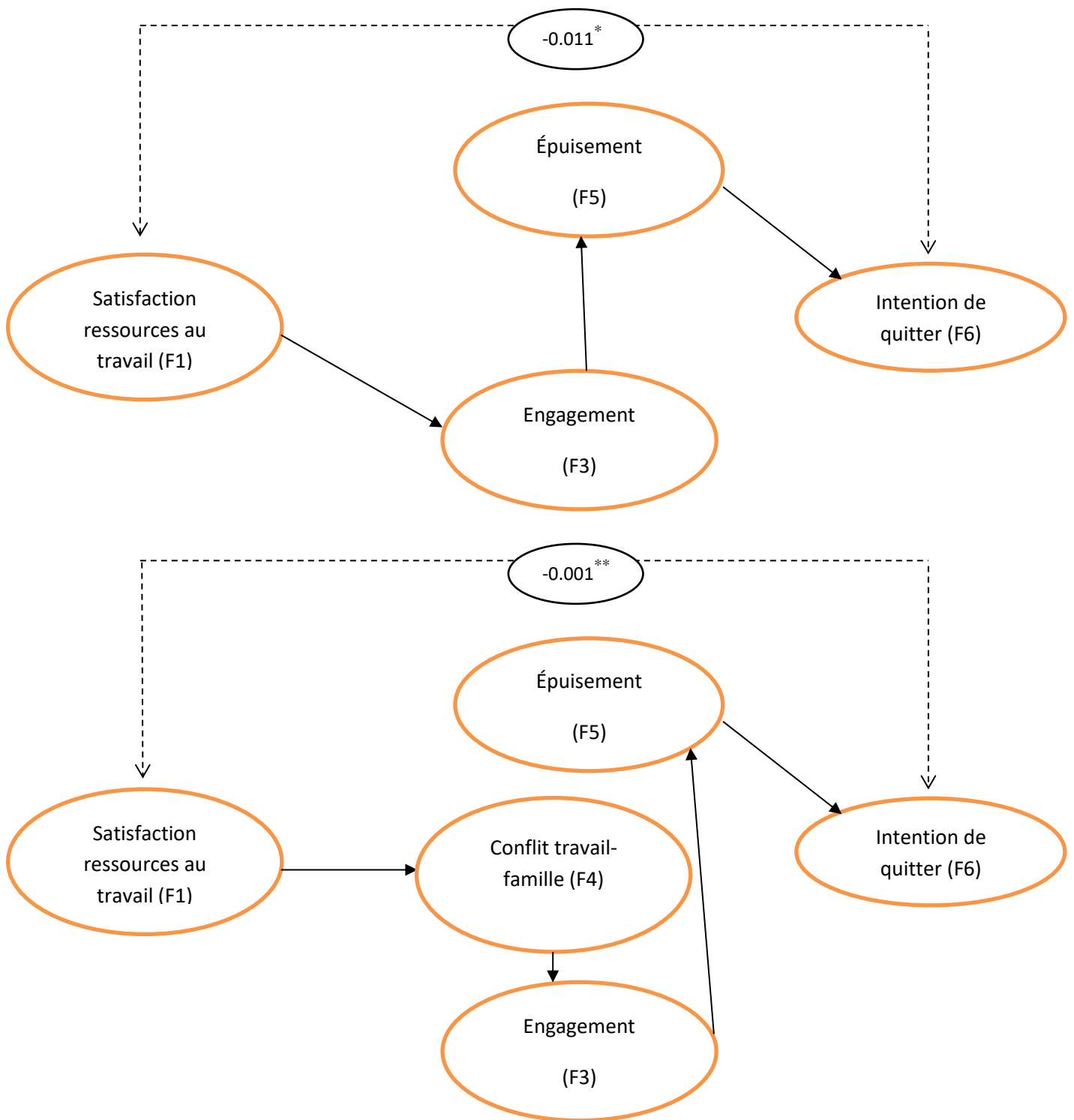
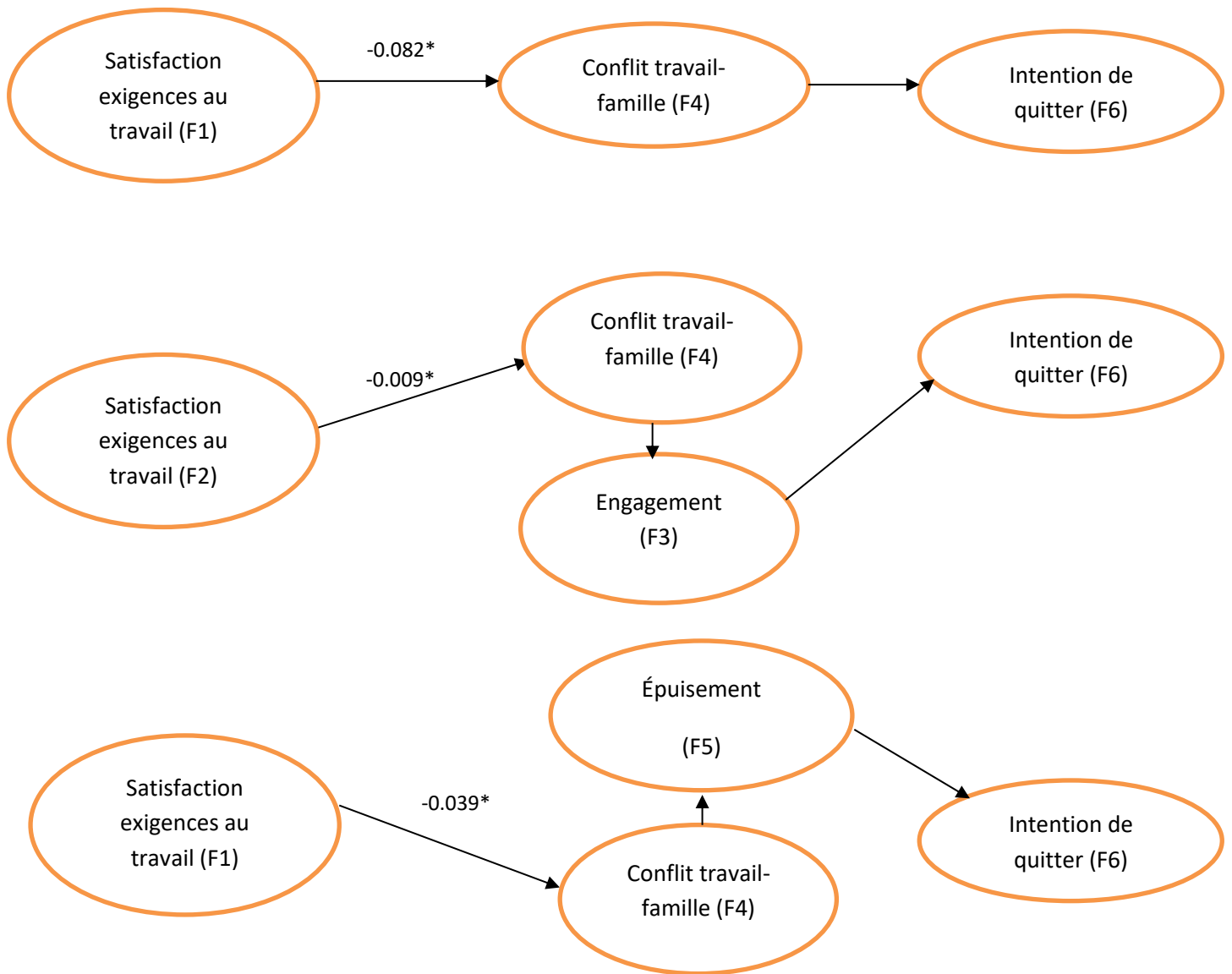


Figure 22. Les résultats des effets directs et indirects de la satisfaction face aux ressources au travail sur l'intention de quitter. Figure originale, construite à partir des résultats des analyses statistiques. Note : * et ** signifient que le coefficient est significatif à un seuil respectivement de 1 % et 5 %.

La figure 23 représente la répartition de l'effet total (-0.132) de la satisfaction face aux exigences au travail sur l'intention de quitter en illustrant les effets indirects. Il est à noter que la satisfaction face aux exigences n'a aucun effet direct sur l'intention de quitter, seulement des effets indirects. Les effets structurels de la satisfaction face aux exigences au travail sur l'intention de quitter cheminent d'abord à travers le CTF avant de cheminer à travers l'engagement et l'épuisement.



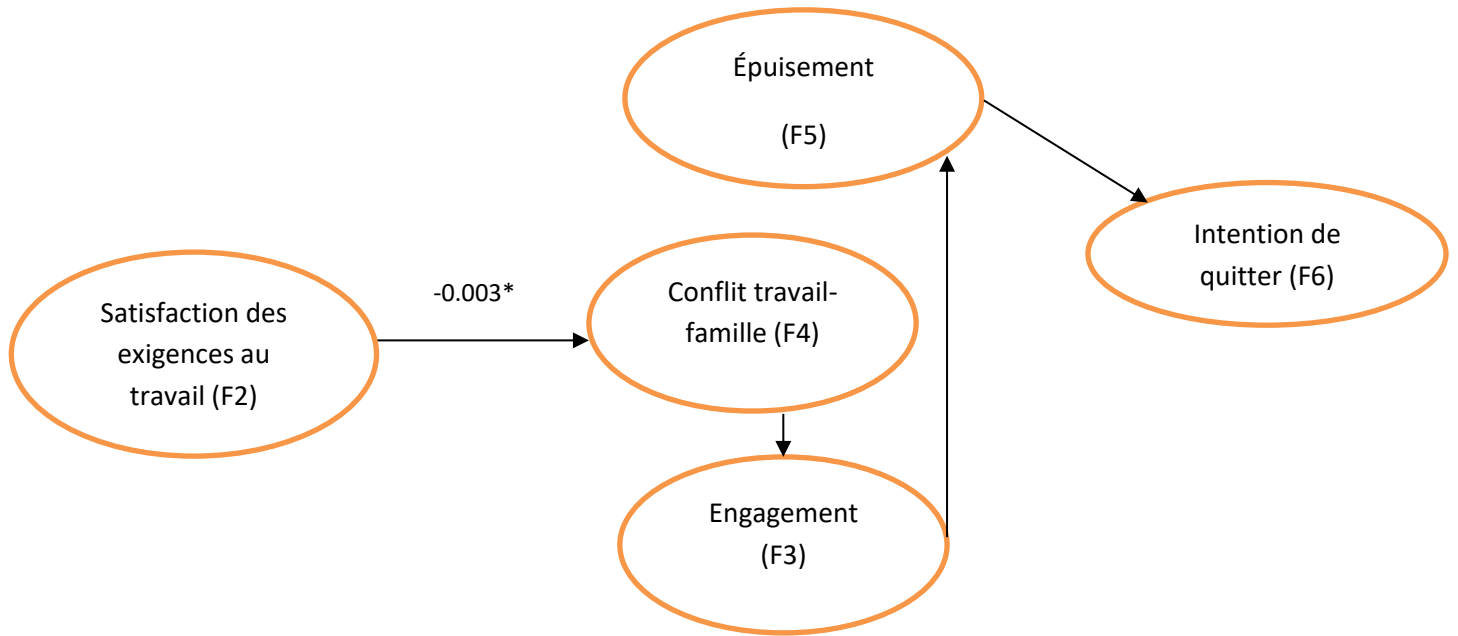


Figure 23. Les résultats des effets directs et indirects de la satisfaction face aux exigences au travail sur l'intention de quitter. Figure originale, construite à partir des résultats des analyses statistiques. Note : * signifie que le coefficient est significatif à un seuil de 1 %.

En réponse à la première hypothèse de cet article (H_1), qui concernait le lien significatif et positif entre le CTF et l'intention de quitter, les résultats confirment ce lien direct et positif entre ces deux variables et viennent appuyer la littérature sur ce sujet (Greenhaus et al., 2001; Mathieu & Mathieu, 2012; Netermeyer et al., 2004; Rode et al., 2007; Yavas et al., 2008).

Concernant les quatre hypothèses associées aux variables de base du modèle JD-R (H_2 à H_5), il s'est avéré que le lien entre la satisfaction face aux ressources au travail et l'engagement au travail était significatif et positivement relié, tandis que le lien avec l'épuisement était significatif et négatif, tel qu'attendu. Par contre, les relations entre les exigences au travail et l'engagement d'une part, et l'épuisement d'une autre part, se sont avérées non significatives. Cela suggère que l'effet structurel des exigences au travail chemine d'abord à travers le CTF avant de cheminer à travers l'épuisement et l'engagement. Ces liens non significatifs amènent un nouvel éclairage sur les prémisses de base du modèle JD-R (Demerouti et al., 2001a) et cela corrobore une étude de Demerouti et al. (2005) qui montrait que les exigences élevées au travail entraînaient une augmentation du niveau de CTF; ce niveau élevé de CTF entraînait à son tour une augmentation du niveau d'épuisement.

L'importance de l'impact des ressources, comparativement aux exigences en emploi sur l'épuisement, est cohérente avec les constatations de Semmer (2011).

Tel que prédit (H_6 et H_7), la satisfaction à l'égard des ressources et celle à l'égard des exigences au travail diminuent significativement le CTF ressenti par les omnipraticiens. L'ajout de la variable conflit travail-famille s'avère d'autant plus utile dans ce nouveau modèle CE-R, car elle permet d'établir des liens qui étaient absents du modèle JD-R de base.

De plus, les résultats montrent qu'un niveau élevé de CTF est significativement et positivement relié à l'épuisement, en plus d'être significativement et négativement relié à l'engagement au travail, tel qu'il était attendu (H_8 et H_9) (Demerouti et al., 2005; McNall et al., 2010). De plus, la relation entre l'engagement et l'épuisement s'est avérée significative et négative; plus un médecin est engagé, moins il ressent d'épuisement. Cette relation est cohérente avec la littérature sur le modèle JD-R (Demerouti et al., 2010) qui stipule que l'épuisement est un continuum logique à l'engagement au travail; plus un individu est engagé, moins il est épuisé.

Finalement, un niveau élevé d'épuisement amène les médecins à vouloir quitter davantage (H_{11}). Un faible niveau d'engagement mène à la même conclusion (H_{12}), car le modèle montre une relation significative et négative avec l'intention de quitter. Ces résultats contribuent à une meilleure compréhension et à une amélioration notable du modèle JD-R de base par rapport à l'intention de quitter. Un résumé des hypothèses et des résultats s'y rattachant est exposé au tableau 11.

Tableau 11. *Résumé des hypothèses de cet article et les résultats s'y rattachant*

Hypothèses	Résultats	Effets
H_1 : La perception de conflit travail-famille a une influence directe et positive sur l'intention de quitter.	Confirmée	Significatif et positif
H_2 : Une satisfaction à l'égard des ressources au travail a une influence directe et positive sur l'engagement au travail.	Confirmée	Significatif et positif
H_3 : Une satisfaction à l'égard des exigences au travail a une influence directe et négative sur l'épuisement.	Rejetée	Non significatif
H_4 : Une satisfaction à l'égard des ressources au travail a une influence directe et négative sur l'épuisement.	Confirmée	Significatif et négatif

<i>H₅ : Une satisfaction à l'égard des exigences au travail a une influence directe et positive sur l'engagement au travail.</i>	Rejetée	Non significatif
<i>H₆ : Une satisfaction à l'égard des ressources au travail a une influence directe et négative sur la perception du conflit travail-famille.</i>	Confirmée	Significatif et négatif
<i>H₇ : Une satisfaction à l'égard des exigences au travail a une influence directe et négative sur la perception du conflit travail-famille.</i>	Confirmée	Significatif e et négatif
<i>H₈ : La perception de conflit travail-famille a une influence directe et positive sur l'épuisement.</i>	Confirmée	Significatif et positif
<i>H₉ : La perception de conflit travail-famille a une influence directe et négative sur l'engagement au travail.</i>	Confirmée	Significatif et négatif
<i>H₁₀ : L'engagement au travail a une influence directe et négative sur l'épuisement.</i>	Confirmée	Significatif et négatif
<i>H₁₁ : L'épuisement a une influence directe et positive sur l'intention de quitter.</i>	Confirmée	Significatif et positif
<i>H₁₂ : L'engagement au travail a une influence directe et négative sur l'intention de quitter.</i>	Confirmée	Significatif et négatif

4.5. Discussion et conclusion

L'objectif de cet article a consisté à mettre en lumière le sujet de l'intention de quitter en vérifiant la performance d'un nouveau modèle (CE-R) qui inclut la variable CTF. La performance de ce modèle, extension du modèle JD-R, a été mesurée à l'aide d'équations structurelles. Le modèle final utilisé dans l'étude (le modèle CE-R perfectionné qui est représenté à la figure 20) performe bien en regard des critères des modèles d'équations structurelles (Hu & Bentler, 1999).

Les résultats montrent que plus un médecin est satisfait des ressources au travail, plus son niveau d'engagement au travail est élevé; moins il ressent de CTF et d'épuisement. De plus, une grande satisfaction face aux ressources au travail diminue directement l'intention de quitter. Pour ce qui est de la satisfaction à l'égard des exigences au travail, ce modèle indique que plus un médecin est satisfait des exigences au travail, moins il perçoit de CTF. Par contre, contrairement aux attentes, la satisfaction face aux exigences au travail n'est associée ni à l'épuisement ni à l'engagement. On peut penser qu'une personne comme un médecin s'attend à des exigences élevées à l'égard de son emploi et n'est pas tellement perturbé par ces exigences, en autant que les ressources soient adéquates. On pourrait

également se questionner sur les personnes qui choisissent le métier de médecin et voir si certaines caractéristiques de leur personnalité font en sorte qu'elles soient stimulées par des exigences élevées plutôt que d'être en détresse. Une étude de Wallace et Lemaire (2013) effectuée auprès de médecins canadiens suggère que les médecins utilisent différentes stratégies d'adaptation lors de situations de surcharge de travail et d'interventions difficiles auprès de leurs patients. Les expériences nuisibles liées aux interventions stressantes auprès des patients sont diminuées pour les médecins qui sont capables de se dissocier de la situation ou pour ceux qui prennent un temps d'arrêt pour se libérer l'esprit de la situation. Les médecins avec une prédisposition d'état émotionnel positif réussissent majoritairement à régler leurs problèmes d'exigences au travail alors que ceux qui avaient une prédisposition d'état émotionnel négatif s'orientaient davantage vers le déni. Par contre, l'étude de Wallace et Lemaire (2013) montrait que 493 médecins canadiens de leur échantillon avaient des prédispositions émotionnelles positives contre seulement 281 qui en avaient des négatives. Les médecins avec des prédispositions positives se tournaient davantage vers les stratégies de la résolution active de problèmes et la demande d'aide, qui s'avèrent être les deux plus efficaces. Un très faible pourcentage des médecins utilisaient le désengagement face aux problèmes. Les médecins utiliseraient donc d'autres stratégies pour répondre aux exigences en emploi que le désengagement.

Les résultats montrent également que plus un médecin ressent de CTF, plus son niveau d'épuisement est élevé, moins il est engagé dans son travail et pense à le quitter. Finalement, alors qu'un niveau élevé d'engagement au travail diminue de façon significative l'intention de quitter du médecin, un grand épuisement augmente celle-ci de façon significative, ce qui est cohérent avec les études antérieures (Johns, 2011; Jourdain & Chênevert, 2009; Ohue et al., 2011; Pienaar & Bester, 2011; Podsakoff et al., 2007). En plus, il a été trouvé que plus un médecin est engagé, moins il est épuisé, ce qui corrobore la littérature (Demerouti et al., 2010).

Concrètement, l'analyse de ces variables a permis de déterminer les facteurs importants à considérer afin d'augmenter la rétention des médecins. Au niveau de l'implication managériale, il semble qu'à la source, il faille miser sur l'amélioration des ressources au travail, car celles-ci exercent un impact direct sur plusieurs variables du modèle. La mise en place de programmes visant à satisfaire les attentes des omnipraticiens

vis-à-vis les ressources disponibles dans leur emploi semble être une stratégie judicieuse de la part des décideurs, parmi lesquels on compte entre autres la Fédération des omnipraticiens du Québec, les instances gouvernementales et les gestionnaires d'hôpitaux. Cela implique que pour cette population, des programmes de gestion visant à venir en aide aux médecins pourraient mettre davantage d'efforts sur l'augmentation des ressources au travail. Dans notre enquête, lorsque les médecins devaient inscrire les ressources sur lesquelles, selon eux, une amélioration devrait être faite, ils ont suggéré : une augmentation de salaire, une amélioration dans la valorisation de leur titre d'omnipraticien ainsi qu'une meilleure disponibilité des infirmiers(ères). Depuis 2011, les omnipraticiens ont eu gain de cause pour la revendication de leur titre en devenant une concentration parmi les spécialités et non une branche distincte de la médecine. Toutefois, ils ont conservé leur regroupement bien à eux (Fédération des omnipraticiens du Québec) et continuent de négocier leurs conditions de travail séparément de la Fédération des médecins spécialistes du Québec. On peut alors se questionner sur les effets du changement de titre alors que les deux groupes restent distincts lors des négociations des conditions de travail. Les augmentations de salaire accordées aux omnipraticiens seront gelées en 2014 sous le gouvernement en place pour aider une diminution des dépenses en santé. Une révision de la structure salariale des omnipraticiens, une augmentation des effectifs infirmiers et une révision de leur titre parmi les spécialistes pourraient s'avérer utiles. De telles initiatives pourraient conduire à une certaine diminution du conflit travail-famille, une augmentation de l'engagement, une diminution de l'épuisement, et ultimement diminuer l'intention de quitter.

De plus, étant donné le rôle central du CTF dans le modèle et son influence en tant que variable médiatrice entre les exigences et les ressources au travail avec l'épuisement et aussi l'engagement et l'intention de quitter, il semble que les décideurs auraient tout à gagner à considérer ce conflit avec sérieux et tenter d'y remédier ou, du moins, de le diminuer. L'instauration de changements structurels au niveau du travail visant à réduire les conflits avec les obligations familiales (par ex. : réorganisation des horaires) diminuerait l'intention de quitter des omnipraticiens et contribuerait, ultimement, aux efforts visant à pallier au manque de professionnels de la santé. Étant donné que les horaires de travail sont associés au CTF (par ex. : Geenhaus & Beutell, 1985; Simon et al., 2004), concrètement, les activités médicales particulières (AMP) pourraient être reconsidérées ou du moins révisées; les

omnipraticiens pourraient organiser eux-mêmes leur horaire de travail et du même coup passer plus de temps en clinique pour voir davantage de patients. En enlevant les omnipraticiens des hôpitaux comme c'est le cas en Ontario par exemple, cela leur permet de faire davantage d'heures en clinique privée. Cela pourrait aider au désengorgement des urgences avec des patients qui s'y rendent par manque d'accès à un (ou même son) médecin de famille. De plus, cela donne aux médecins une meilleure latitude décisionnelle sur leur horaire, car en enlevant les heures imposées aux activités particulières, ils pourraient décider de leurs heures de pratique en clinique privée, leur permettant de mieux harmoniser le temps requis pour les exigences familiales et du travail. Ils n'augmenteraient peut-être pas leurs heures de pratique, mais elles seraient concentrées autour d'un service de première ligne, ce qu'on désigne généralement par la médecine familiale. Selon le site gouvernemental de la santé et des services sociaux, les soins de deuxième ligne (salles d'urgence, unités de soins aigus de nos hôpitaux communautaires et régionaux) représentent 39 % de l'ensemble de leurs activités. Ces soins de deuxième ligne pourraient être pris en charge par les différentes spécialités.

Les résultats concernant l'impact de l'épuisement sur l'intention de quitter indiquent que les décideurs devraient encourager des programmes d'aide aux employés afin d'y porter une attention spéciale et que les gestionnaires responsables de l'application des règlements devraient soutenir de telles initiatives. De plus, les résultats concernant les exigences au travail suggèrent que les gestionnaires et les décideurs politiques devraient se préoccuper moins de la réduction des exigences au travail, mais orienter leurs interventions davantage vers l'amélioration des ressources au travail et du conflit travail-famille directement. En mettant en place ces recommandations dans les milieux de travail des omnipraticiens, cela pourrait entraîner une meilleure rétention et favoriser le succès de l'organisation.

Il apparaît important que la fédération représentant les médecins de famille et/ou le gouvernement qui établissent les règlements prennent en considération certains facteurs décisionnels qui influenceraient l'intention de quitter de cette population. Dans le contexte actuel de pénurie de médecins, les décideurs devraient être prudents lorsqu'ils doivent faire face à la rétention. Ils devraient tenter de négocier des conditions de travail qui aideront les médecins à diminuer leur conflit travail-famille et à augmenter leur satisfaction face aux ressources au travail. Suivant la même logique, Smith (2005) a identifié une réduction de

l'intention de quitter parmi les employés qui percevaient que leurs employeurs promouvaient un équilibre entre travail et vie personnelle ou familiale.

Cet article offre différentes contributions. Notamment, il comble une lacune de la littérature recensée, dépourvue de modèles sur l'intention de quitter des médecins, en opérationnalisant un modèle conceptuel proposé dans le cadre d'une étude antérieure (Mathieu & al., 2013) sur l'intention de quitter des omnipraticiens. Ce nouveau modèle représente un ajout au modèle JD-R en incluant l'interaction entre ses variables, le CTF et ultimement pour expliquer l'intention de quitter. De plus, les données ayant servi aux présentes analyses ont été récoltées au moyen d'une enquête par questionnaire menée auprès d'omnipraticiens canadiens (n = 1069), ce qui est assez rare pour ce type de population et semble être une première en ce qui concerne un modèle sur l'intention de quitter. Cet article apporte donc une contribution théorique en validant un modèle conceptuel, dit du modèle « conflit exigences-ressources », proposé lors de la phase exploratoire de cette recherche (Mathieu et al., 2013), et qui pourra être utilisé ultérieurement dans le cadre de futures recherches sur l'intention de quitter.

En plus des contributions théoriques s'ajoutent les retombées pratiques associées à la validation d'un nouveau modèle sur l'intention de quitter des médecins (Mathieu et al., 2013), étant donné les éléments aussi concrets qu'opérationnels qui le composent à la base (ressources et exigences en emploi) et qui permettent d'identifier aisément des pistes de solution susceptibles d'être suggérées aux gestionnaires du système de santé. Il importe de souligner que le modèle JD-R se concentre sur les perspectives préventives, incluant des variables dépendantes telles que les exigences au travail et, surtout, les ressources au travail, avec lesquelles il devient aisé de travailler dans une perspective pragmatique (p. ex. : faire un changement au niveau des horaires). Ce faisant, il s'avère d'une grande utilité pour la pratique sur le terrain. Il est ressorti de cet article de miser davantage sur la satisfaction face aux ressources et sur le CTF que sur les exigences en emploi. Ce nouveau modèle, qui est une extension du modèle JD-R, tente de combler une lacune de la littérature sur la difficulté inhérente à l'utilisation des modèles actuels sur le CTF et l'intention de quitter dans une perspective préventive auprès des médecins.

4.6. Limites et recherches futures

Les résultats de cette recherche pourraient être approfondis de diverses manières lors de recherches futures. Une étude qualitative permettrait de mieux comprendre les implications du CTF et la situation des ressources au travail et ainsi orienter de façon plus ajustée les pistes de solution. Pour des recherches futures, il serait utile d'explorer davantage de façon qualitative les relations entre les variables pour comprendre certains résultats surprenants en ce qui concerne l'absence d'effet entre les exigences et l'épuisement, notamment en ce qui touche les caractéristiques individuelles (p. ex. : personnalité). Les résultats de ce modèle, opérationnalisé auprès d'une population d'omnipraticiens de la province de Québec, au Canada, pourraient différer d'un pays à l'autre et même d'une province à l'autre, les exigences et les ressources pouvant changer d'une population à une autre. Il serait utile de valider ce même modèle auprès de populations d'omnipraticiens issues d'autres lieux géographiques et de comparer les résultats. De plus, ce modèle pourrait être appliqué à des populations diversifiées mais issues du milieu médical, une fois les instruments de mesure adaptés aux nouvelles populations à l'étude. Il serait également enrichissant d'utiliser ce nouveau modèle auprès d'autres professionnels.

Il convient également de souligner certaines limites concernant les résultats de cette étude. Tout d'abord, il serait intéressant de tester l'influence d'autres variables, notamment sur le conflit travail-famille, car seules les variables concernant le travail ont été incluses dans ce modèle alors que dans les faits, la situation admet un degré de complexité plus grand, ce conflit étant généré à la fois par le travail ET la famille. Il pourrait être utile de tester empiriquement la relation des variables concernant les exigences et les ressources familiales de manière à enrichir le modèle. De plus, bien que cette étude repose sur l'analyse d'un important échantillon ainsi que sur des outils analytiques puissants, les instruments mesurant les exigences et les ressources au travail pourraient être améliorés dans le cadre d'une étude plus poussée visant à identifier quelles ressources et exigences sont perçues comme étant déterminantes pour les omnipraticiens. Dans le cadre de la présente étude, un groupe de discussion a été réuni afin d'identifier des ressources et des exigences. Même si les analyses démontrent un coefficient de consistance interne acceptable, il est fort possible que d'autres ressources et exigences influencent l'intention de quitter des médecins.

Enfin, cet article se limite à vérifier la performance du modèle CE-R dans son ensemble. Par contre, d'autres recherches pourraient vérifier la présence d'effets modérateurs des ressources au travail sur de fortes exigences en emploi. Ceci pourrait valider le lien modérateur entre les ressources et les exigences explorées dans le cadre de d'autres recherches sur le JD-R (Bakker & Demerouti, 2007; Xanthopoulou et al., 2007).

Le chapitre suivant présente le deuxième volet empirique de cette thèse (troisième article) et tente d'approfondir la compréhension de quitter des omnipraticiens en proposant une typologie et en vérifiant quelles variables explicatives sont significatives pour la rétention de cette population.

Chapitre V : (Article 3) Proposition d'une typologie pour comprendre l'intention de quitter des omnipraticiens¹⁹

PROPOSAL OF A TYPOLOGY TO UNDERSTAND THE INTENTION TO LEAVE OF
GENERAL PRACTITIONERS

Caroline A. Mathieu, Université Laval, Canada

Nabil Amara, Université Laval, Canada

Caroline Biron, Université Laval, Canada

Notes sur les auteurs

Caroline A. Mathieu, Faculté des sciences de l'administration, Université Laval,
Québec, Canada. Courriel : caroline-alexandra.mathieu.1@ulaval.ca

Nabil Amara, Faculté des sciences de l'administration, Université Laval, Québec,
Canada. Courriel : Nabil.Amara@fsa.ulaval.ca

Caroline Biron, Faculté des sciences de l'administration, Université Laval, Québec,
Canada. Courriel : caroline.biron@fsa.ulaval.ca

La correspondance concernant cet article devrait être adressée à : Caroline A.
Mathieu, Faculté des sciences de l'administration, Université Laval, Québec, Canada.
Courriel : caroline-alexandra.mathieu.1@ulaval.ca

¹⁹ Article traduit en anglais et soumis pour publication dans le *Human Resource Management Journal*.

Résumé

La rétention des médecins est un problème dans plusieurs pays. Cette étude vise à mieux comprendre l'intention de quitter des omnipraticiens. Cet article présente une typologie sur l'intention de quitter de ces médecins en utilisant deux dimensions importantes pour expliquer ce phénomène : le conflit travail-famille et la satisfaction des ressources au travail. Les médecins de notre échantillon ont été divisés en quatre groupes selon leur propension à vouloir quitter leur emploi. Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire (n = 1069) et une analyse logistique multinomiale a été effectuée pour explorer quelles variables affectent significativement les probabilités de se retrouver dans le groupe qui veut quitter le moins plutôt que dans les trois autres groupes. L'épuisement, les exigences au travail, l'environnement de travail, la présence d'enfants à charge et l'âge affectaient significativement la probabilité de se retrouver dans le groupe des omnipraticiens ayant la plus faible intention de quitter.

Mots clés: intention de quitter, conflit travail-famille, ressources au travail, typologie, omnipraticiens

5.1. Introduction

La rétention du personnel s'avère un enjeu d'importance aujourd'hui, dans un contexte où la globalisation et l'ouverture sur le monde offrent aux individus des opportunités d'emplois aussi nombreuses que diversifiées. Pour faire face au défi de la rétention, les organisations se voient contraintes de remettre en question leur conception même du travail. Bien que la rétention du personnel soit devenue l'un des sujets les plus populaires dans les recherches organisationnelles depuis les cinq dernières décennies (Holtom et al., 2008), il y a déjà plus de cent ans qu'est étudiée l'intention de quitter de façon volontaire (Slichter, 1919). Les chercheurs se sont d'abord intéressés aux prédicteurs de l'intention de quitter dans les modèles empiriques (Griffeth et al., 2000) et par la suite aux raisons propres à certains groupes d'employés afin de mieux comprendre ce qui les incite à vouloir quitter (Maertz et al., 2003; Westaby, 2005).

Les médecins, qui font partie des populations peu étudiées (Baltagi et al., 2005), sont des professionnels clés que l'on souhaite voir demeurer en poste en raison de l'actuelle pénurie de médecins. De plus, la durée et le coût de leur formation limitent le nombre de finissants et donc le nombre de nouveaux médecins. Plusieurs pays comme la Finlande, la Suède, les États-Unis, le Royaume-Uni et le Canada partagent une même réalité : celle d'un manque de médecins (Latour, 2003). Que ce soit les départs pour la pratique privée (Statistics about Physicians, 2004) ou les exigences trop élevées dans la pratique (Salsberg, et al., 2006), ces pays, dont le Canada fait partie, connaissent des difficultés à maintenir en emploi leurs médecins qualifiés. En 2010, un sondage pancanadien indiquait qu'entre 2008 et 2010, 0,7 % des médecins de famille (58 médecins) du Québec, province où a été effectuée l'enquête pour la présente recherche, avaient déménagé leur pratique dans une autre province canadienne ou dans un autre pays.²⁰ On pourrait penser *a priori* qu'il s'agit d'une proportion minime; toutefois, il suffit de considérer qu'un médecin de famille effectue le suivi d'environ 1 000 patients pour constater l'ampleur de ce problème qui affecte environ 58 000 patients. Une étude de Craig (2005), réalisée en 2000 auprès de 152 pédiatres provenant de 10 départements en urgence pédiatrique à travers le Canada, révélait que 34 de ces médecins planifiaient de changer d'emploi au cours des cinq années suivantes.

²⁰ Sondage effectué par le Collège des médecins de famille du Canada, l'Association médicale canadienne et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, disponible à l'adresse : www.nps-snm.ca

Dans le contexte de la rétention des médecins, les recherches, presque inexistantes sur le sujet, sont d'une portée très limitée, car cette population se montre peu réceptive à participer (Baltagi et al., 2005), étant donné leur horaire très chargé et le fait qu'ils sont déjà beaucoup sollicités pour plusieurs recherches cliniques ou autres (Klabunde et al., 2012). C'est pour pallier cette lacune dans la littérature que la présente recherche se concentre sur le sujet de la rétention propre aux médecins, plus précisément, sur leur intention de quitter. Dans le chapitre précédent, les phénomènes de la satisfaction face aux ressources au travail et le conflit travail-famille (CTF) se sont avérés être des variables prédominantes pour le nouveau modèle CE-R (Mathieu et al., 2013) expliquant l'intention de quitter des médecins. Des études portant sur l'intention de quitter auprès d'autres professions ont déjà été réalisées; toutefois, aucune ne rapproche les deux dimensions utilisées dans cette recherche : le conflit travail-famille (CTF) et les ressources au travail. Dans cet article, ces deux dimensions servent à construire une typologie qui permet de mieux comprendre l'impact de différents phénomènes sur l'intention de quitter (par ex. : exigences au travail, engagement au travail, épuisement). Les liens entre le conflit travail-famille (CTF) et l'intention de quitter, ainsi que celui entre les ressources au travail et l'intention de quitter, sont connus dans la littérature pour des populations en général (ex. : Akintayo, 2010; Bertrand et al., 2010; Chawla & Sondhi, 2011; Maertz & Kmitta, 2012; Martinussen et al., 2007; Molinié, 2005; Netermeyer et al., 2004; Rode et al., 2007; Yavas et al., 2008); par contre, aucune étude ne semble inclure l'interaction entre les ressources au travail et le CTF. De plus, une population d'omnipraticiens ne semble pas avoir été utilisée pour étudier ces variables. Cet article tente de combler ces deux lacunes. Étant donné que les ressources au travail et le CTF sont ressortis comme étant : (1) des phénomènes significatifs pour expliquer l'intention de quitter dans le chapitre précédent lors de l'évaluation de la performance du modèle CE-R (Mathieu et al., 2013); (2) qu'ils se trouvent à la base des modèles Job Demands-Ressources (JD-R) (Demerouti et al., 2001a) et Conflit exigences-ressources (CE-R) (Mathieu et al., 2013), ayant des impacts sur d'autres variables (engagement, épuisement et intention de quitter); et (3) que ces deux variables sont corrélées entre elles, il est pertinent de les utiliser conjointement pour construire une typologie afin de mieux comprendre l'intention de quitter. L'importance des ressources dans le modèle est cohérente avec la littérature comme, par exemple, dans une étude de Semmer (2011) qui souligne que les interventions qui semblent

les plus efficaces ont pour objet la latitude décisionnelle. Cette ressource semble être un facteur déterminant et important lors d'interventions, alors que les interventions sur la charge ou les exigences au travail sont peut-être plus difficiles à interpréter. De plus, dans une perspective préventive, il est plus aisé d'agir sur les ressources alors que c'est plus contraignant d'agir sur les exigences. En particulier, cet article a pour but de développer une typologie dont les fondements reposent sur le niveau de conflit travail-famille ressenti par les médecins ainsi que sur leur degré de satisfaction à l'égard des ressources présentes dans leur milieu de travail. Les quatre groupes formés suite à la construction de la typologie regroupent les omnipraticiens selon leur intention de quitter. Cette typologie aide à mieux comprendre le modèle CE-R proposé au premier article (chapitre 2), qui est une extension du modèle JD-R. Le conflit travail-famille et l'intention de quitter complètent bien le modèle de base (JD-R) en permettant une meilleure compréhension de la dynamique entre les variables de base du modèle JD-R et leurs effets, ce qui en fait un continuum logique par rapport à l'intention de quitter. De plus, la typologie proposée dans cet article peut être utilisée pour de futures recherches sur l'intention de quitter pour d'autres professionnels. L'évaluation de l'importance et du rôle de certains facteurs individuels et organisationnels pour expliquer l'intention de quitter des omnipraticiens en utilisant une typologie est une contribution méthodologique, car cette façon de comprendre comment les ressources interagissent avec le CTF afin de mieux comprendre les caractéristiques des médecins *stables* semble absente de la littérature. Les analyses de ces variables aident à mieux déterminer les facteurs importants à considérer pour rendre les médecins plus *stables* et favoriser leur rétention. Dans une situation idéale, tous les omnipraticiens se retrouveraient dans le groupe étalon, soit le groupe où les médecins ont le plus faible niveau d'intention de quitter (le groupe des *stables*).

Cette typologie sert à décrire les résultats d'une étude empirique effectuée auprès de 1069 omnipraticiens de la province de Québec, au Canada. Jusqu'à présent, les études ont surtout examiné, d'une part, la relation entre le CTF et l'intention de quitter (ex. : Akintayo, 2010; Maertz & Kmitta, 2012; Yavas et al., 2008) et, d'autre part, la relation entre les ressources au travail et l'intention de quitter (ex. : Bertrand et al., 2010; Chawla & Sondhi, 2011; Martinussen et al., 2007), mais sans prendre en considération l'interaction de ces deux variables. L'analyse de différentes variables (par ex. : engagement au travail, épuisement, satisfaction face aux exigences au travail) permet de mieux cibler les phénomènes qui

affectent la probabilité qu'un médecin se trouve dans le groupe des médecins les plus stables en emploi selon la typologie établie. Cette approche permet d'identifier les facteurs qui peuvent contribuer à la rétention des médecins en place et donc à l'établissement de pratiques de ressources humaines appropriées.

Cet article utilise comme cadre théorique la théorie de la conservation des ressources. Cette théorie a été mise en lumière par Hobfoll (1989) et s'appuie sur le postulat que les individus se motivent en cherchant à conserver, protéger et construire des ressources; ils sont stressés lors de la perte potentielle ou réelle de leurs ressources. Cette théorie est dans la lignée de Maslow (1968) qui stipule que les gens recherchent instinctivement le plaisir en possédant des ressources physiques, sociales et psychologiques. En cohérence avec la théorie de la conservation des ressources, le modèle Job Demands-Resources (JD-R) énonce que pour lutter contre le stress, il est possible d'utiliser différentes ressources et que celles-ci sont renouvelables. La théorie de la conservation des ressources stipule que les individus peuvent utiliser d'autres ressources pour compenser la perte d'une ressource (Pearlin, Lieberman, Menaghan, & Mullan, 1981). Cet article apporte une contribution en proposant une extension au modèle JD-R (Demerouti et al., 2001a). Ce modèle, qui a surtout servi à expliquer l'épuisement et l'engagement au travail, sera utilisé dans cet article pour tenter d'expliquer le phénomène de l'intention de quitter des médecins. Cet article contribue également à expérimenter empiriquement la typologie proposée en testant différentes variables explicatives qui permettent de documenter la probabilité d'appartenir au groupe de médecins qui montrent une faible intention de quitter.

Dans cet article, le cadre conceptuel est présenté à la section suivante. Il est à noter que la variable dépendante, soit l'intention de quitter, est ici définie comme étant le fait de vouloir quitter son emploi actuel (par ex. : autre spécialité, autre milieu de travail ou pratique privée). Les quatre groupes construits avec la typologie regroupent les omnipraticiens selon leur intention de quitter. Ensuite, une typologie est proposée ainsi que des variables explicatives. La section 4 décrit la méthodologie de la recherche qui se concentre sur le développement du questionnaire et la collecte des données. La section 5 présente la partie empirique de cet article, particulièrement sur la présentation du modèle logistique multinomial et ses résultats. La section 6 résume ces résultats et les implications de ces

derniers y sont discutées. Finalement, la section 7 propose des implications managériales et la section 8 discute des limites et des pistes pour des recherches futures.

5.2. L'intention de quitter

Pour un employé, le fait de quitter est un processus (Dulewicz & Higgs, 2000; Mobley, 1992) qui comporte, dans un premier temps, l'intention de quitter (penser à quitter, intention de chercher un emploi et quitter) ainsi que, dans un deuxième temps, les comportements associés à l'intention de quitter (absences et réel départ). Pour cette étude, la variable dépendante sera l'intention de quitter, qui est opérationnalisée par le début du processus de séparation d'avec l'employeur, c'est-à-dire le fait de penser à quitter.

En reconnaissant les impacts économiques associés au départ d'employés et même à leur intention de quitter, un certain nombre de théories et de modèles ont été utilisés dans les recherches empiriques pour expliquer la nature du phénomène (Lee & Mitchell, 1994; March & Simon, 1958; Mitchell et al., 2001; Mobley, 1977; Porter & Steers, 1973; Zeffane & Gul, 1995). Plus récemment, Moore (2000b) a proposé un modèle expliquant la rétention du personnel « Attributional Model of Work Exhaustion » et dont l'intérêt réside dans le fait qu'il se concentre non pas sur les facteurs individuels, mais bien plutôt sur les facteurs environnementaux du travail comme la surcharge du travail, le conflit des rôles ou l'ambiguïté des rôles et le manque de ressources qui mènent à l'épuisement. Cet épuisement est un processus graduel d'érosion, car l'individu qui le ressent à un certain moment voudra se chercher un autre emploi et, ultimement, quitter. Afin d'approfondir cette réflexion, Ahuja et al. (2007) ont adapté récemment le modèle de rétention de Moore (2000b) en remplaçant le conflit et l'ambiguïté des rôles par le conflit travail-famille comme source importante d'influence. Ils ont également souligné l'effet d'une surcharge de travail sur l'épuisement ainsi que sur l'intention de quitter. Le modèle le plus récent proposé dans la littérature et suivant la pensée de Moore (2000b) et Ahuja (2007) est le modèle « Conflit Exigences-Ressources » de Mathieu et al. (2013).

Cette étude se penche sur l'intention de quitter comme un résultat de facteurs individuels et organisationnels et s'appuiera sur le modèle « Conflit Exigences-Ressources (CE-R) » (Mathieu et al., 2013) qui est une extension du modèle « Job Demands-

Resources (JD-R) » (Demerouti et al., 2001a) sur le stress au travail. Le modèle CE-R prend en considération les phénomènes du conflit travail-famille et l'intention de quitter.

5.2.1. Le Job Demands-Resources Model et l'intention de quitter

Plusieurs études ont eu recours au cadre du modèle JD-R pour expliquer des phénomènes (ex. : Bakker et al., 2004; Houkes et al., 2008; Xanthopoulou et al., 2007). Le modèle JD-R (Demerouti, Bakker, De Jonge et al., 2001b; Demerouti, Bakker, Nachreiner, & Schaufeli, 2001a) part de la prémisse selon laquelle les caractéristiques de l'environnement du travail peuvent être classées en deux catégories : les exigences au travail et les ressources au travail. Les ressources au travail se déclinent selon trois niveaux : organisationnel (ex. : disponibilité des locaux), interpersonnel et relations sociales (ex. : relations entre collègues), et tâches (ex. : temps accordé aux patients). Les exigences en emploi réfèrent à des aspects physique, psychologique ou social de l'emploi qui requièrent des efforts physiques ou psychologiques (Agarwal et al., 2011). Le manque de ressources entraînerait une diminution de l'engagement alors que des exigences trop élevées augmenteraient l'épuisement. En 2013, Mathieu et ses collègues ont proposé un modèle plus englobant : le « Conflict Demands-Resources Model (ou conflit exigences-ressources) ». Ce modèle inclut non seulement l'intention de quitter, mais également les variables de base du modèle JD-R (les exigences et les ressources, l'engagement et l'épuisement) ainsi que la variable conflit travail-famille (CTF) qui influence de manière importante la décision de quitter ou non (Greenhaus et al., 2001; Mathieu & Mathieu, 2012; Netermeyer et al., 2004; Rode et al., 2007; Yavas et al., 2008). De plus, le CTF est une variable de plus en plus étudiée en lien avec les deux variables indépendantes du modèle JD-R, soit les exigences et les ressources au travail (Bakker et al., 2011; Bakker et al., 2008b; Demerouti et al., 2012). Ce nouveau modèle de l'intention de quitter des médecins inclut des variables médiatrices entre le CTF et l'intention de quitter, ce qui n'a pas encore été fait jusqu'ici dans un modèle intégrateur. Deux variables du modèle CE-R permettront de construire la typologie (conflit travail-famille et satisfaction face aux ressources au travail) étant donné qu'elles se sont avérées prédominantes dans le modèle CE-R lors des analyses du chapitre précédent (article 2). Les autres variables du modèle CE-R serviront de variables explicatives pour les analyses (satisfaction en regard aux exigences au travail, engagement et épuisement).

5.2.2. Les dimensions principales de l'intention de quitter

Des études sur l'intention de quitter ont déjà été réalisées (ex. : Akintayo, 2010; Bertrand et al., 2010; Chawla & Sondhi, 2011; Maertz & Kmitta, 2012; Martinussen et al., 2007; Molinié, 2005; Netermeyer et al., 2004; Rode et al., 2007; Yavas et al., 2008) sans qu'aucune ne rapproche les deux dimensions utilisées dans cette recherche : le conflit travail-famille (CTF) et la satisfaction en regard des ressources au travail. Néanmoins, les liens entre le CTF et l'intention de quitter ainsi que les ressources au travail avec l'intention de quitter sont bien connus de la littérature (ex. : Akintayo, 2010; Bertrand et al., 2010; Chawla & Sondhi, 2011; Maertz & Kmitta, 2012; Martinussen et al., 2007; Molinié, 2005; Netermeyer et al., 2004; Rode et al., 2007; Yavas et al., 2008). Un échantillon de professionnelles du secteur BPO (Business Process Outsourcing) ainsi que des professeures ont servi à une étude qui a permis d'établir que le CTF permet de prédire l'intention de quitter auprès de ces femmes (Chawla & Sondhi, 2011). Avec ces mêmes conclusions, Maertz et Kmitta (2012) ont classé les 186 employées qui avaient quitté divers types d'emplois à l'aide d'un protocole théorique dans cinq processus de décisions différents. Ils ont vérifié les raisons de leur départ. Un haut niveau de CTF était significativement relié à leur décision.

5.2.2.1. Première dimension : la théorie des rôles et le conflit travail-famille

La théorie des rôles (« Role Stress Theory ») (Greenhaus & Beutell, 1985; Kahn et al., 1964) stipule que les multiples rôles sociaux sont souvent perçus comme source de pression sur les individus. Les exigences de la famille combinées aux exigences en milieu de travail créent souvent davantage d'exigences qu'un individu est en mesure de supporter seul, ce qui conduit à une surcharge des rôles ainsi qu'à un conflit de rôles. Greenhaus et Beutell (1985, p. 2) ont défini le conflit ou l'interférence entre le travail et la vie familiale de la façon suivante : « a form of interrole conflict in which the role pressures from the work and family domains are mutually incompatible in some respect ». La première dimension qui a servi à construire la typologie de cette recherche se fonde sur le conflit travail-famille ressenti par les médecins. Plus le CTF est élevé, plus l'intention de quitter est élevée (Akintayo, 2010; Boyar et al., 2003; Brewer et al., 2008; Chawla & Sondhi, 2011; Greenhaus et al., 2003; Levy et al., 2012; Maertz et Kmitta, 2012; Netermeyer et al., 2004; Rode et al., 2007; Schaffer et al., 2001; Yavas et al., 2008). Les gens quitteraient leur emploi pour mettre

un terme au CTF ressenti. Plusieurs recherches effectuées auprès de médecins à travers le monde arrivent aux mêmes conclusions : une des raisons principales pour les médecins de quitter leur emploi est le conflit entre le travail et la vie familiale, qui constitue pour eux une grande source de stress (Hagopian et al., 2009; Hall & Wakeman, 1999; Makames et al., 2012; Schattner, 1998). Par contre, comme le soulignent Boyar et al. (2003), peu d'attention a été accordée par les chercheurs aux liens permettant d'expliquer la dynamique entre le CTF et l'intention de quitter l'emploi. Cette recherche répondra à cette lacune en examinant une deuxième dimension, moins présente que le CTF, pour expliquer de façon directe l'intention de quitter : les ressources au travail.

5.2.2.2. Deuxième dimension : la théorie de la conservation des ressources et les ressources au travail

La théorie du capital humain (Human Capital Theory) de Becker (1985) assume que les employés ont accès à un bassin de ressources personnelles qui se regroupent en deux catégories : le temps et l'énergie. Cette théorie stipule que les gens décident dans quel domaine utiliser leurs ressources et surtout de la façon dont ils utilisent ces ressources. La théorie de la conservation des ressources de Hobfoll (1989) développe cet argument en mettant l'accent sur les conséquences du stress qui découle d'une menace ou d'une perte de ressources ou alors d'un manque de bénéfices escomptés d'une ressource. L'objectif principal des individus, selon cette théorie, est de s'efforcer « *d'obtenir, de conserver, de protéger et de promouvoir les éléments qu'ils valorisent* » (Hobfoll, 2001). Cette théorie s'inscrit dans la lignée des travaux de Maslow (1968) et met à l'avant-plan les ressources dont disposent les individus pour faire face aux situations difficiles. Lorsque confrontés à de telles situations, la recherche de stratégies d'adaptation amène les individus à investir des ressources. Si cet investissement n'a pas l'effet escompté, l'individu risque de ressentir de la frustration et de l'anxiété. Par conséquent, il adopte des attitudes encore plus défensives qui l'épuisent lentement (Hobfoll, 1998; Shirom, 1989). La deuxième dimension de cette recherche pour construire la typologie se compose donc de la satisfaction face aux ressources au travail. Dans l'optique de vouloir offrir des pistes de solutions dans la pratique pour diminuer l'intention de quitter des médecins, il sera question dans cet article de la *satisfaction* à l'égard des exigences et des ressources au travail, car il s'agit bien de la perception des

médecins par rapport à ces conditions de travail plutôt que leur quantité. Une des recherches portant sur les ressources et l'intention de quitter montre que le manque de ressources incite les employés de tous âges à vouloir quitter (Molinié, 2005). Lorsque les exigences au travail impliquent une redistribution des ressources de la famille vers le travail, et que les priorités de la personne s'en voient bousculées, il en résulte du stress. Ce stress est le résultat de ressources insuffisantes ou manquantes pour remplir les exigences. Parmi les conséquences possibles du déséquilibre entre exigences et ressources, il y a l'intention de quitter et cette recherche s'intéresse particulièrement à ceci.

Dans la littérature, le lien entre les ressources en emploi et l'intention de quitter a déjà été examiné, si bien qu'il semble se situer dans un continuum logique : des études sur l'intention de quitter ont montré la relation médiatrice de certaines variables entre les ressources et l'intention de quitter (Agarwal et al., 2011; Carter & Tourangeau, 2012; Martinussen et al., 2007; Poon, 2003), d'autres ont montré le lien direct entre le manque de ressources et le fait de vouloir quitter (Bertrand et al., 2010). Dans cet article, le lien entre les ressources et l'intention de quitter sera utilisé de façon directe comme cela a été le cas dans plusieurs études antérieures (Bertrand et al., 2010; Ohana & Meyer, 2010). Ohana et Mayer (2010) ont collecté des données auprès de 101 employés permanents provenant de 27 entreprises différentes. À l'aide de modélisation par équations structurelles, ils ont vérifié l'effet d'un type de ressource (la qualité de la relation entre les employés et les supérieurs) sur l'intention de quitter. Cette ressource s'est avérée significative.

Il a été constaté que les ressources en emploi et le CTF sont positivement reliés (Bakker et al., 2011; Carter & Tourangeau, 2012; Mathieu & Mathieu, 2012). Cette association positive autorise donc la mise en relation de ces dimensions pour constituer les quatre groupes ou profils, ces derniers étant caractérisés par différents niveaux d'intention de quitter. De façon spécifique, cette étude s'efforcera de mesurer davantage le degré de *satisfaction* à l'égard des ressources en place que les ressources au travail elles-mêmes, car les données disponibles consistent en la perception des médecins face aux ressources de leur travail.

5.3. La présentation de la typologie et les variables explicatives

Le cadre conceptuel de cet article est basé sur les modèles JD-R (Demerouti et al., 2001a) et CE-R (Mathieu et al., 2013). Il est question d'adapter et d'améliorer ces modèles en trois points : 1) proposer une extension du modèle JD-R en utilisant les deux variables dépendantes du modèle JD-R dans les analyses (engagement au travail et épuisement); 2) utiliser une variable indépendante du modèle JD-R (satisfaction face aux ressources au travail) et CE-R (CTF) pour construire une typologie; et 3) utiliser plusieurs facteurs personnels pour expliquer l'intention de quitter des médecins (genre, enfants à charge, statut marital et âge) ainsi que deux facteurs liés au travail (satisfaction face aux exigences au travail et lieu de pratique). Ces différents facteurs seront présentés dans cette section. Cette recherche se concentre à tenter de mieux comprendre quelles variables augmentent la probabilité que les médecins se retrouvent dans le profil ou groupe étalon. Ce profil possède une intention de quitter la plus faible et représente notre situation souhaitée.

5.3.1. Présentation de la typologie

Les modèles sur la rétention du personnel mettent l'emphase sur le processus lui-même. Malgré le fait que différents chercheurs tentent d'expliquer le même phénomène, différents processus sont utilisés. Alors que les mécanismes concernant les attitudes des employés n'étaient pas suffisants pour comprendre leur départ, d'autres construits (par ex. satisfaction au travail et engagement au travail) sont venus soutenir les théories sur la rétention (Mobley, 1977). Le construit le plus souvent utilisé pour comprendre l'intention de quitter est celui de la satisfaction au travail (Steel & Lounsbury, 2009) et c'est celui qui sera utilisé dans ce chapitre. Il sera notamment question de la satisfaction des ressources au travail.

Alors que les modèles sur le processus de la rétention du personnel sont souvent développés autour de trois construits principaux : variables d'attitudes (satisfaction au travail, engagement au travail), les mécanismes de chercher un emploi et l'intention de quitter, ils ne suffisent pas à expliquer entièrement le processus (Steel & Lounsbury, 2009). Des mécanismes secondaires ont été développés de la littérature et sont devenus indispensables aux modèles sur la rétention afin de lier d'importants concepts et d'améliorer la compréhension du phénomène. Il peut s'agir de facteurs personnels (par ex. âge, traits

personnels), organisationnels (par ex. récompenses, conflit du travail avec d'autres rôles), mécanismes de changement (par ex. attentes des emplois futurs), conséquences de quitter (par ex. conséquence d'être sans emploi) et le mécanisme de décision (par ex. penser à quitter). Peu de modèles ont fait référence à des mécanismes hors du travail pour expliquer la rétention, par contre cette situation semble vouloir changer car Hom et ses collègues (2001) ont pointé l'importance du CTF dans leur modèle comme étant un mécanisme important hors du travail pour comprendre la décision de quitter. Dans ce chapitre, il sera question d'expliquer l'intention de quitter (variable dépendante) par un construit principal qui est la satisfaction des ressources au travail et un mécanisme secondaire qui est un conflit des rôles (précisément, le CTF).

Plusieurs théoristes (par ex. Mobley, 1977) affirment qu'une détérioration de la satisfaction au travail déclenche le processus de vouloir quitter. Une détérioration réelle ou perçue crée de la tension et pousse un individu à vouloir du changement. Les modèles suggèrent qu'il y a trois avenues possibles pour un individu qui veut du changement pour résoudre son problème de détérioration au travail : se tourner vers un changement extra-organisationnel (changement d'emploi à l'extérieur de l'organisation), intra-organisationnel (possibilité de transfert) ou alors éviter le changement en modifiant des comportements actuels au travail (détachement psychologique) (Steel & Lounsbury, 2009).

En utilisant les deux indices (CTF et la satisfaction à l'égard des ressources au travail), la typologie de l'intention de quitter a été construite. Ces deux variables ont été choisies suite à l'analyse du modèle au chapitre précédent (article 2) où elles se sont avérées importantes et sur lesquelles il faudrait mettre une priorité d'action pour diminuer l'intention de quitter des médecins. Pour construire la typologie, premièrement, les médianes des deux indices ont été calculées. Tel qu'on peut voir au tableau 12, les médianes sont respectivement 3.4 et 4.17 pour le CTF et la satisfaction face aux ressources au travail.

Tableau 12. *L'opérationnalisation des quatre profils d'omnipraticiens par rapport à leur intention de quitter*

Conflit travail-famille	La moyenne des scores sur une échelle de Likert à 5 points, de 1 (complètement en désaccord) à 5 (complètement en accord) des 5 items de cet instrument en regard des cinq aspects du conflit travail-famille : -L'effet du débordement du stress au travail -L'effet des engagements au travail -L'effet des obligations envers les collègues -L'effet d'être submergé par son travail -L'effet des responsabilités au travail
Médiane	3.4
Moyenne	3.22
Écart type	0.94
Minimum	1
Maximum	5
Ressources au travail	La moyenne des scores de la satisfaction face aux ressources au travail sur une échelle de Likert à 6 points, de 1 (complètement insatisfait) à 6 (complètement satisfait) des 6 items de cet instrument sur les ressources au travail : -Disponibilité des infirmières -Disponibilité des autres membres du personnel -Relations avec les autres employés -Disponibilité des locaux -Disponibilité des équipements médicaux -La valorisation de leur titre d'omnipraticien
Médiane	4.17
Moyenne	4.11
Écart type	1.1
Minimum	1
Maximum	6

Deuxièmement, en croisant les deux dimensions (conflit travail-famille et satisfaction face aux ressources au travail), il a été possible de faire ressortir quatre profils d'omnipraticiens selon leur degré d'intention de quitter, tel qu'illustré à la figure 24.

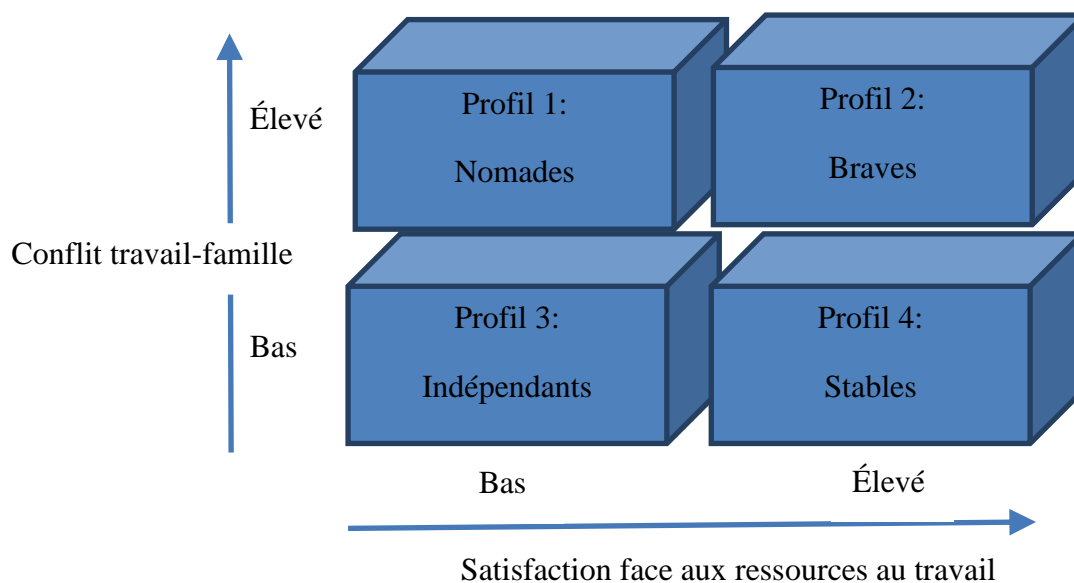


Figure 24. Les quatre profils d’omnipraticiens. Figure originale.

- Les nomades (profil 1) : Ce profil est caractérisé par un haut niveau de conflit travail-famille et une faible satisfaction face aux ressources au travail : index de « ressources » ≤ 4.17 et index de CTF > 3.4 . Ce profil représente les omnipraticiens qui ont une intention de quitter la plus élevée.
- Les braves (profil 2) : Ce profil est caractérisé par un haut niveau de conflit travail-famille combiné à une grande satisfaction face aux ressources au travail : index de « ressources » > 4.17 et index de CTF > 3.4 . Ce profil représente les omnipraticiens ayant une intention modérée de quitter.
- Les indépendants (profil 3) : Ce profil est caractérisé par un faible niveau de conflit travail-famille combiné à une faible satisfaction face aux ressources au travail : index de « ressources » ≤ 4.17 et index de CTF ≤ 3.4 . Ce profil représente également les omnipraticiens ayant une intention modérée de quitter.
- Les stables (profil 4) est le groupe étalon. Les omnipraticiens de ce groupe se caractérisent par un faible niveau de conflit travail-famille combiné à une grande satisfaction à l’égard des ressources au travail : index de « ressources » > 4.17 et index de CTF ≤ 3.4 . Ce profil représente les omnipraticiens qui ont la plus faible intention de quitter.

Ces quatre profils d'omnipraticiens selon leur intention de quitter seront utilisés pour construire une variable dépendante qui distingue les quatre profils d'omnipraticiens définis précédemment.

Afin d'évaluer s'il existe des différences statistiquement significatives dans l'intention de quitter des omnipraticiens selon leur profil, nous avons procédé à un test de comparaison des moyennes pour des échantillons indépendants en recourant au test d'ANOVA. La mesure de la variable « intention de quitter son emploi » a été adaptée de l'instrument de Simon et al. (2004) et traduite en français pour une autre recherche par Mathieu (2008). Des résultats élevés sur ces énoncés indiquent que les omnipraticiens pensent souvent quitter leur emploi, donc ont souvent « l'intention de quitter leur emploi ». La vérification de l'indice global de valeurs propres (Eigenvalues) a permis de constater la présence d'un seul facteur explicatif du modèle. De plus, un alpha de Cronbach de 0.71 indiquait une consistance interne adéquate. La transformation logarithmique de l'indice qui renvoie à l'intention de quitter a été privilégiée puisqu'elle se rapprochait davantage de la distribution normale (voir la figure 25).

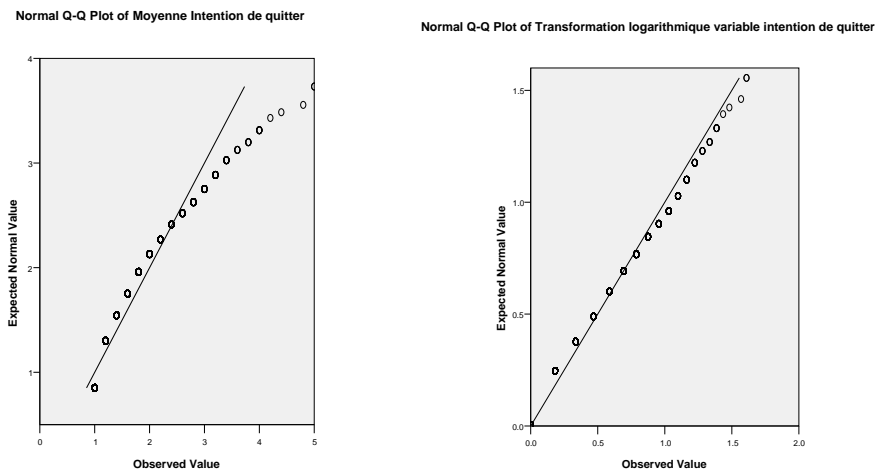


Figure 25. Graphiques de normalité du construit de l'intention de quitter des omnipraticiens.

Pour comparer l'intention de quitter des quatre profils d'omnipraticiens issus de la combinaison des deux dimensions (la satisfaction des ressources au travail et le conflit travail-famille), l'homogénéité des variances a été d'abord testée par le test de Levene. L'hypothèse nulle (H_0) du test de Levene est l'égalité des variances entre les groupes.

Puisque les résultats de ce test se sont avérés significatifs au seuil de 5 % (p-value < 0.05 (0.002)), nous rejetons H_0 et statuons ainsi l'inégalité des variances. Ce résultat permet d'utiliser le test de comparaison de moyenne *Post Hoc* de Tamhane pour comparer les moyennes entre les groupes. L'hypothèse nulle du test d'ANOVA est l'égalité des moyennes entre les groupes. Puisque le test de comparaison des moyennes s'est avéré significatif au seuil de 5 % (p-value = 0.00), l'hypothèse nulle de l'égalité des moyennes a été rejeté indiquant par le fait même qu'il existe des différences de moyennes entre les groupes. Pour vérifier ces différences, le test de Tamhane dans une analyse *Post Hoc* a été utilisé puisque, tel que précisé précédemment, le test d'égalité des variances entre les différents groupes selon leur intention de quitter (Nomades, Braves, Indépendants et Stables) s'est avéré significatif. Les résultats de ce test rapportés au tableau 13 indiquent l'existence de différences significatives entre les groupes en ce qui a trait à l'intention de quitter. Ainsi, il se dégage que les médecins du profil Nomades affichent, en moyenne, une intention de quitter plus forte que les médecins des trois autres profils. De plus, les médecins du profil Stables affichent, en moyenne, une intention de quitter plus faible que les médecins des trois autres profils. Finalement, les profils Indépendants et Braves (caractérisés chacun par une dimension favorable et une autre défavorable) se retrouvent au milieu (entre Nomades et Stables) pour ce qui est de l'intention de quitter, et ces deux profils ne diffèrent pas de manière significative entre eux. Ces résultats appuient sur le plan empirique la pertinence de l'utilisation des deux dimensions choisies pour la construction de la typologie.

Tableau 13. *Comparaison de l'intention de quitter des omnipraticiens selon les profils (test de Tamhane)*

	N	Différence des moyennes	Signification ^a
Nomades	301		
Braves	160	0.1690	0.000
Indépendants	235	0.1869	0.000
Stables	340	0.3428	0.000
		Différence des moyennes	Signification ^a
Braves	160		
Nomades	301	-0.1690	0.000
Indépendants	235	0.0179	0.996
Stables	340	0.1738	0.000

		Différence des moyennes	Signification ^a
Indépendants	235		
Nomades	301	-0.1869	0.000
Braves	160	-0.0179	0.996
Stables	340	0.1559	0.000
Stables	340		
Nomades	301	-0.3428	0.000
Braves	160	-0.1738	0.000
Indépendants	235	-0.1559	0.000
p-value pour le test d'égalité des variances de Levene		0.002	

^a Lorsque le test de signification est supérieur au seuil alpha = .05, l'hypothèse nulle ne peut être rejetée.

La prochaine section présente les différentes variables explicatives qui sont utilisées dans cet article : les variables indépendantes du modèle JD-R, les facteurs liés au travail et les facteurs personnels. Ces variables explicatives sont utilisées lors des analyses pour tenter de comprendre ce qui fait augmenter la probabilité qu'un médecin se retrouve dans le groupe étalon (qui représente la situation souhaitée), en l'occurrence le groupe des stables, plutôt que dans les trois autres groupes.

5.3.2. Les variables indépendantes du modèle JD-R

Tel que proposé par Chawla et Sondhi (2011), lorsque la rétention est étudiée, il importe non seulement de prendre en considération les variables organisationnelles et démographiques, mais également les variables psychologiques qui favorisent la stabilité des employés. Tel que décrit dans le modèle CE-R (Mathieu et al., 2013) et le modèle JD-R (Demerouti et al., 2001a), les deux variables reliées à l'engagement et à l'épuisement sont l'exposition à de trop fortes exigences et des ressources limitées.

Engagement

La relation négative entre l'engagement au travail et l'intention de quitter s'expliquerait par l'attente implicite, de part et d'autre, d'un échange réciproque entre l'employé et l'organisation (Robinsons & Morrison, 1995; Rousseau, 1995). En fait, quand un employé se sent engagé au sein d'une organisation, il est plus enclin à rester en poste (Ahuja et al., 2007; Cotton & Tuttle, 1986; Igarria & Greenhaus, 1992; Mobley et al., 1978).

Une étude menée auprès de médecins (Hagopian, 2009) faisait ressortir que l'engagement au travail est un des cinq facteurs les plus importants à considérer dans l'intention de quitter, c'est-à-dire qu'un haut niveau d'engagement diminue l'intention de quitter. D'autres études abondent dans le même sens (Carter & Tourangeau, 2012; Hakanen et al., 2005; Podsakoff et al., 2007).

H₁ : La variable "engagement" augmente significativement la probabilité de se trouver dans le groupe des stables plutôt que dans les groupes de nomades, de braves ou d'indépendants.

Épuisement

Tel que décrit dans les modèles JD-R et CE-R, la seconde variable reliée aux exigences élevées et au manque de ressources est l'épuisement. Une étude récente de Jourdain et Chênevert (2010) montre qu'un grand épuisement est significativement relié à l'intention de quitter. Près de la moitié (45,7 %) des médecins âgés de 35 à 44 ans qui ont répondu au sondage de l'Association médicale canadienne (n=2 251) auraient déclaré souffrir de fatigue ou d'épuisement (Crépeau, 2003). Selon une étude de Martinussen et al. (2007), l'épuisement se composerait de trois dimensions, toutes significativement reliées à l'intention de quitter. D'autres études montrent le lien entre l'épuisement et l'intention de quitter (Schaufeli & Bakker, 2004; Spence Laschinger et al., 2009), ainsi qu'avec le départ proprement dit (Ahuja et al., 2007; Jackson et al., 1987; Moore, 2000a; Thomas & Williams, 1995).

H₂ : La variable "épuisement" réduit significativement la probabilité de se trouver dans le groupe des stables plutôt que dans les groupes de nomades, de braves ou d'indépendants.

5.3.3. Les facteurs liés au travail

Le deuxième type de variables exploratoires concerne des facteurs au travail : les exigences au travail et le lieu de pratique. Ce sont des éléments importants à considérer dans la rétention du personnel (Iverson & Roy, 1994; Mitchell et al., 2001; Rosse & Miller, 1984). La variable « lieu de pratique » a été ajoutée afin de mieux saisir les particularités propres aux différents endroits de pratique des médecins, et ce, malgré des exigences semblables.

Exigences au travail

La perception de surcharge de travail a plus d'impact sur le travail des médecins que la quantité réelle de travail (Thommasen et al., 2001). C'est pourquoi cette recherche se penche sur leur satisfaction par rapport aux exigences du travail. En 2008, Bakker, Demerouti et Dollar ont établi que les exigences du travail contribuaient à augmenter le CTF des individus et donc, par le fait même, leur intention de quitter. D'autres études sont arrivées aux mêmes conclusions (Ahuja et al., 2007; Aiken et al., 2002a,b; 2003; Kahn et al., 1964; Makames et al., 2012; Moore, 2000a; Strachota et al., 2003; Tai et al., 1998; Wunder et al., 1982). Lorsqu'une pression de performance est exercée sur les employés, l'environnement de travail paraît alors moins attrayant et la propension à quitter s'en trouve fortifiée (Bolino et al., 2010).

H₃ : La satisfaction face aux exigences au travail augmente significativement la probabilité de se trouver dans le groupe des stables plutôt que dans les groupes de nomades, de braves ou d'indépendants.

Lieu de pratique

Le lieu de pratique comme l'hôpital ou le CLSC semble avoir un impact sur la rétention. Malgré qu'aucune recherche n'ait été répertoriée spécifiquement auprès des médecins et de leur endroit de pratique, des études auprès d'autres professions y ont trouvé une relation significative. Une étude de Carter et Tourangeau (2012) a montré que le niveau d'intention de quitter des infirmières exerçant au sein d'hôpitaux spécialisés était moins élevé que chez leurs consœurs œuvrant dans un hôpital régulier. Cette recherche souligne que les caractéristiques spécifiques des infirmières et les facteurs externes, tels que l'opportunité de trouver du travail ailleurs, influencent leur intention de quitter. Hom et Kinicki (2001), Price (2001) ainsi que Brewer et al. (2009) sont arrivés à la même conclusion : la conviction de se trouver un emploi ailleurs était associée à l'intention de quitter. En résumé, bien que le contexte du lieu de pratique soit un domaine de recherche encore peu investigué pour comprendre l'intention de quitter des médecins (Brewer et al., 2009), il semble toutefois avoir de l'importance.

H₄ : Le lieu de pratique principal influence la probabilité de se trouver dans le groupe des stables plutôt que dans les groupes de nomades, de braves ou d'indépendants.

5.3.4. Les facteurs personnels

Dans cette étude, le troisième type de variables à considérer concerne les facteurs personnels : genre, statut familial, enfants à charge et âge.

Genre

Selon certaines études antérieures, les femmes seraient plus enclines à quitter volontairement leur emploi. Ce phénomène s'expliquerait en partie par le fait que les femmes quittent davantage pour des raisons familiales (Jacob, 2008). Même si Harrell et Eickhoff (1988) ont trouvé que le roulement de personnel était indifférencié selon le genre en début de carrière, quelques chercheurs (Igbaria & Chidambaram, 1997; Rasch & Harrel, 1989) ont trouvé que les femmes professionnelles éprouvaient un plus haut niveau d'intention de quitter, notamment en raison du plafonnement de carrière en certains milieux ou du nombre inférieur d'opportunités d'emplois qui leur sont accessibles (Gutek, 1993). Par contre, une étude récente contredit cette affirmation, soutenant que les femmes quitteraient moins que les hommes justement en raison d'opportunités d'emploi moins nombreuses et d'une aisance moindre à effectuer ce genre de changement (Carter et Tourangeau, 2012). La littérature se contredisant sur cette variable, elle sera donc testée en avançant l'hypothèse selon laquelle le genre n'a pas d'effet significatif. Tel que suggéré par Houkes, Winants, et Twellaar (2008), suite à une étude sur l'épuisement auprès d'omnipraticiens, l'absence de différences significatives entre les femmes et les hommes omnipraticiens(nes) au niveau de plusieurs variables pourrait s'expliquer par le changement des identités au niveau des genres. Des études récentes ont démontré que l'identité familiale, tout comme l'identité professionnelle, sont profondément influencées par la socialisation professionnelle lors des études en médecine, de la résidence interne et du travail de médecin comme tel. Nous pouvons assumer que pour les jeunes médecins, l'idéologie traditionnelle des genres a été abandonnée et que les omnipraticiens ont maintenant adopté un nouveau schéma des genres plus moderne où les hommes et les femmes tentent de balancer les tâches du travail et de leur vie familiale.

H₅ : Le fait d'être une femme n'a aucun effet significatif sur la probabilité de se trouver dans le groupe des stables plutôt que dans les groupes de nomades, de braves ou d'indépendants.

Enfants à charge

Avoir des enfants à charge serait significativement et positivement un prédicteur de l'intention de quitter son emploi, le nombre d'enfants à charge étant également un facteur (Hayes et al., 2006; Tzeng, 2002). En fait, les responsabilités familiales envers des enfants affecteraient la perception d'opportunités de mouvement (Price, 2001).

H₆ : Le fait d'avoir des enfants à charge diminue significativement la probabilité de se trouver dans le groupe des stables plutôt que dans les groupes de nomades, de braves ou d'indépendants.

Statut marital

Une étude de Doran et al. (1992) a montré que les gens mariés étaient moins enclins à vouloir quitter. Les auteurs expliquaient ce résultat par le fait que les gens mariés sont liés par davantage d'engagements émotionnels et financiers, ce qui les rend peu susceptibles de vouloir changer d'emploi (Chawla & Sondhi, 2011). Par contre, des études plus récentes contredisent ce résultat en affirmant que le statut marital influence la participation au travail (Brewer et al., 2009; Chiha & Link, 2003), mais n'aurait pas d'effet ni sur l'intention de quitter (Holmas, 2002; Tzeng, 2002) ni sur la rétention (Alexander et al., 1998; Lu et al., 2002).

H₇ : Le fait d'être marié ou d'avoir un conjoint de fait n'a aucun effet significatif sur la probabilité de se trouver dans le groupe des stables plutôt que dans les groupes de nomades, de braves ou d'indépendants.

Âge

Zeffane et Gul (1995), Bertrand et al. (2010) ainsi que Brewer et al. (2009) ont trouvé que les plus hauts niveaux d'intention de quitter se retrouvent chez les plus jeunes employés : le groupe d'âge des 25 à 35 ans, détenait le score le plus élevé sur l'intention de quitter. De plus, le score était plus élevé chez les travailleurs de 36 à 45 ans que chez ceux de 46 à 55 ans. Ce lien semble être bien documenté dans la littérature depuis plusieurs années (Carter & Tourangeau, 2012; Price, 1977; Randhawa, 2007; Werbel & Bedeion, 1989).

H₈ : Le fait d'être plus âgé augmente significativement la probabilité de se trouver dans le groupe des stables plutôt que dans les groupes de nomades, de braves ou d'indépendants.

Les relations entre les variables exploratoires et la variable dépendante (l'intention de quitter représentée par les quatre profils des omnipraticiens) sont résumées à la figure 26.

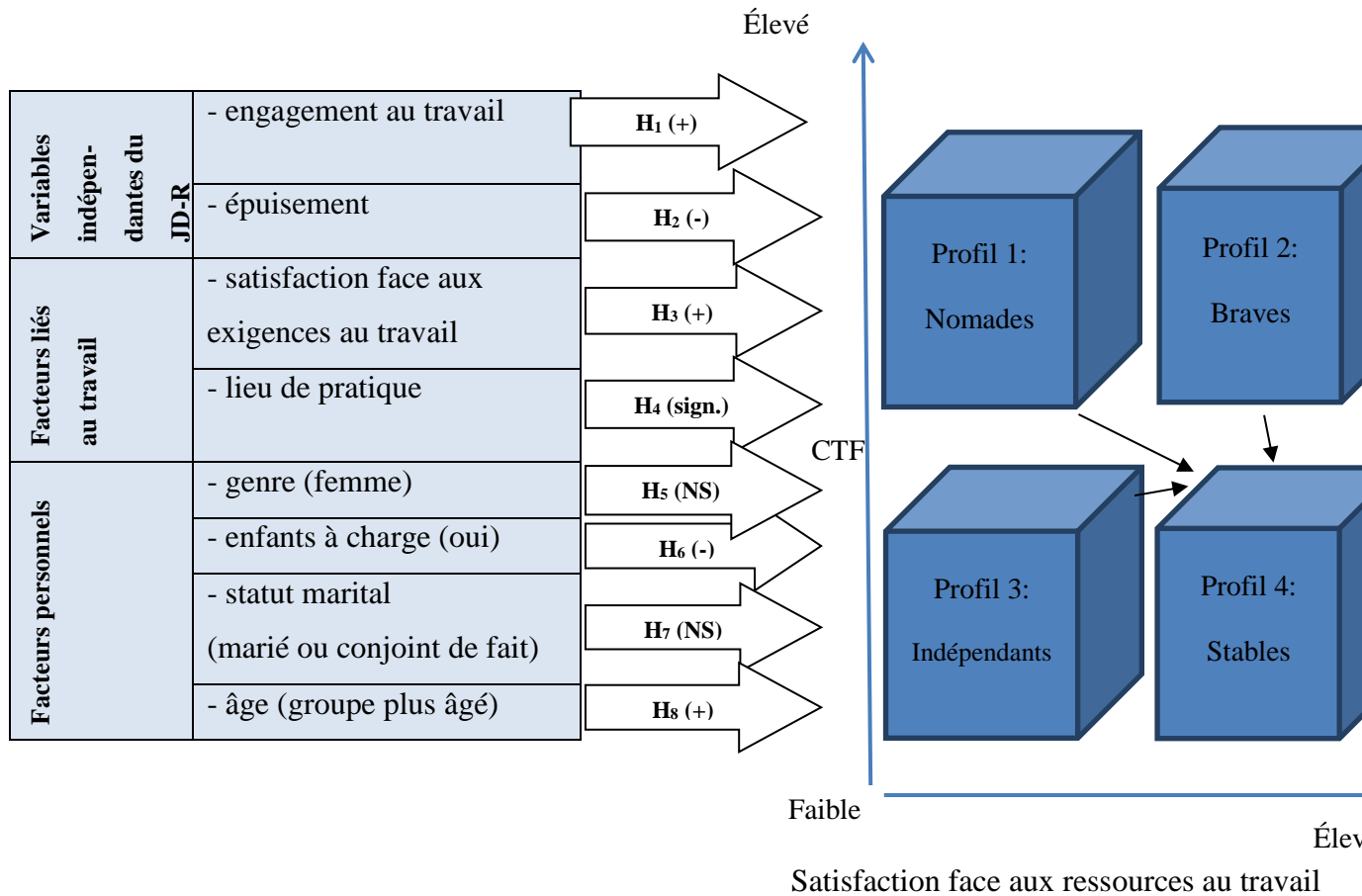


Figure 26. Le résumé des relations entre les variables exploratoires et la variable dépendante. Figure originale, construite à partir de la littérature citée précédemment dans cet article.

5.4. Méthodologie

Le questionnaire en ligne comporte une section portant sur des informations générales relatives aux omnipraticiens (ex. : âge, genre) ainsi qu'à leur emploi (ex. : lieu de pratique). La deuxième partie est constituée d'un total de 40 items répartis en six instruments de mesure évaluant chacun une variable et cotés sur différentes échelles de Likert. Cinq variables sont retenues pour cet article : le « conflit travail-famille », « l'engagement au travail », la « détresse psychologique (facteur épuisement) », la « satisfaction face aux exigences au travail » et la « satisfaction face aux ressources au travail ».

5.4.1. Mesures des variables

Le premier indicateur (CTF) a été adapté de l'instrument de Netemeyer, Boles et Mcmurrian (1996) et traduit en français pour une autre recherche par Mathieu (2008). Il contient cinq items indiquant des obstacles possibles à remplir les obligations familiales : obligations au travail, stress au travail, absorption du travail de médecin, engagement envers les collègues et le manque de temps à cause du travail. Il inclut cinq items qui reflètent le niveau de conflit dans cinq activités. Des résultats élevés sur ces énoncés indiquent que les omnipraticiens ont un haut niveau de CTF (Netemeyer, Boles & Mcmurrian, 1996). Les participants devaient répondre aux questions en indiquant leur degré d'accord en utilisant une échelle à cinq points de type Likert, allant de 1 « complètement en désaccord » à 5 « complètement en accord ». Les moyennes des résultats pour les cinq items se situent entre 1 et 5. L'alpha de Cronbach est de 0.898 pour l'instrument des cinq items.

Dans cette thèse, les exigences et les ressources au travail sont mesurées en termes de *satisfaction* plutôt qu'en termes de quantité. Dans une perspective préventive, il importe de connaître les exigences et ressources importantes à leur satisfaction. La satisfaction au travail est définie par Locke (1976) comme étant « une émotion plaisante ou positive résultant d'une évaluation de différentes expériences au travail » (traduction libre en français). Dans la littérature, la satisfaction a été mesurée comme concept global faisant référence à la satisfaction en général et également comme étant une facette spécifique, référant à divers aspects d'un travail (Nagy, 2002). Les auteurs d'une étude menée auprès de médecins aux États-Unis (Williams, Konrad & Linzer, 1999) ont identifié différentes composantes de la satisfaction au travail des médecins : autonomie, relations avec les collègues, relations avec les patients, relations avec les autres employés, temps, tâches administratives... Ces différents items se retrouvent également dans nos instruments sur la satisfaction face aux ressources et aux exigences. Une revue systématique de la littérature sur la satisfaction des médecins (Scheurer, McKean, Miller & Wetterneck, 2009) a révélé qu'il y avait une variété d'instruments et d'approches pour étudier ce construit. Dans cette thèse, nous parlons d'exigences pour référer à la pression du temps, à la lourdeur administrative reliée à la tenue de dossiers et au cheminement des dossiers lors de références, ainsi qu'à la relation avec les gestionnaires des établissements. Nous parlons des ressources pour référer à la disponibilité du personnel infirmier et autres, à la relation avec les employés, à la disponibilité des locaux

et des équipements, et à la valorisation de leur titre d'omnipraticien. Aucun instrument n'avait été répertorié pour mesurer la satisfaction face aux ressources au travail des médecins. Tel que stipulé par Bakker et ses collègues (2011), les items mesurant les ressources au travail doivent être adaptés à chaque type d'emploi. Un groupe de discussion a donc été réuni en octobre 2007 avec six médecins du Centre Hospitalier de l'Université de Sherbrooke au Canada pour cibler les exigences et les ressources qui affectent le plus le travail des médecins. Neuf items ont été retenus pour la variable « satisfaction des ressources ». Les participants devaient répondre aux questions en indiquant leur degré de satisfaction par rapport à des aspects de leur travail en utilisant une échelle à six points de type Likert, allant de 1 « complètement insatisfait » à 6 « complètement satisfait ». Les questions touchaient entre autres : la disponibilité du personnel infirmier, la disponibilité des locaux, la valorisation de leur titre d'omnipraticien.

Étant donné que les deux indices étaient mesurés à l'aide d'échelles de mesure multiples, des analyses en composantes principales (ACP) ont été effectuées pour les deux instruments pour vérifier leur unidimensionnalité. Pour le CTF, les résultats de l'ACP indiquent qu'un seul facteur explique 71,06 % de la variance totale, avec un Eigenvalue de 3.55. De plus, une ACP a été effectuée sur l'instrument de la satisfaction face aux ressources au travail pour vérifier son unidimensionnalité. Après avoir retiré un item qui avait une communalité trop basse (item 1), les huit autres items ont été classés dans trois facteurs suite à une rotation varimax. Deux items (items 3 et 4) se sont trouvés seuls dans leur facteur. Le premier facteur, étant formé de six items, compose l'instrument de mesure pour la variable « ressources ». Les résultats de cette ACP indiquent qu'un facteur explique 52,11 % de la variance totale avec un Eigenvalue de 3.13. La consistance interne a ensuite été vérifiée pour les deux instruments en utilisant une analyse item par item des composantes de ces échelles additives en utilisant l'alpha de Cronbach qui génère un coefficient de consistance interne pour les échelles à items multiples. L'alpha de Cronbach est de 0.898 pour l'instrument des cinq items du CTF et 0.81 pour l'instrument des six items de la satisfaction au travail. Suivant la logique de Ahire et Devaray (2001) et de Nunally (1978), un Alpha de Cronbach d'au moins 0.7 est suggéré pour un construit mature. Cela mène à la conclusion que les instruments de cette recherche présentent une très bonne consistance interne.

Pour ce qui est des variables exploratoires, l'instrument de mesure de l'engagement au travail est celui du UWES de Schaufeli et Bakker (2006) et comporte neuf items. Un score supérieur signifie un niveau élevé d'engagement par rapport à son travail. L'alpha de Cronbach pour cet instrument est de 0.92. Pour mesurer l'épuisement, l'instrument sur la détresse psychologique, le General Health Questionnaire (GHQ) de Goldberg et Williams (1970) à 12 items a été retenu. Cet instrument, développé dans les années 1970 dans le but de cibler l'inhabileté à effectuer des fonctions normales et l'apparence de détresse, permet ainsi d'évaluer le bien-être d'une personne. Comme le spécifient Werneke et al. (2000), le GHQ-12 devrait être utilisé sur un mode bifactoriel : un facteur mesurant l'anxiété (6 items) et un autre mesurant l'épuisement (6 items). Pour être conséquent avec le modèle JD-R, seul le facteur épuisement est retenu pour cet article. L'alpha de Cronbach pour cet instrument est de 0.86.

À notre connaissance et selon la revue de littérature effectuée dans le cadre de la présente thèse, il n'existe aucun instrument mesurant les exigences au travail des médecins spécifiquement. À ce sujet, Bakker et al. (2007) soulignent l'importance d'adapter les construits aux emplois spécifiques. C'est d'ailleurs une critique que Bakker et al. (2007) font des instruments mesurant un construit de façon uniforme pour tous types d'emplois. Suivant la recommandation de Bakker et al. (2011) d'adapter ces instruments à chaque type d'emploi, un groupe de discussion a été réuni en octobre 2007 avec six médecins du Centre Hospitalier de l'Université de Sherbrooke au Canada dans le but de cibler les exigences susceptibles d'affecter le plus le travail des médecins. Cinq items ont été retenus pour la variable « satisfaction face aux exigences ». Mesurés sur une échelle de type Likert allant de 1 (complètement insatisfait) à 6 (complètement satisfait), un score moyen élevé sur ces items indique une grande satisfaction. L'alpha de Cronbach pour cet instrument est de 0.73.

Des analyses en composantes principales ont été effectuées sur chacun des construits afin de vérifier leur unidimensionnalité. Pour les instruments de la satisfaction face aux exigences au travail, détresse psychologique 1 (anxiété) et détresse psychologique 2 (épuisement), les résultats indiquaient qu'un seul facteur expliquait à lui seul la variance totale pour chacun des construits. Pour la variable engagement au travail, les items 8 et 9 ont été retranchés suite à la vérification de l'indice global de valeur propre révélant la présence

de deux facteurs explicatifs. L'instrument sur l'engagement au travail comporte donc 7 items. Les résultats de ces analyses sont décrits dans l'annexe B.

La consistance interne de ces instruments a été vérifiée en effectuant une analyse des composantes de chacun des items à l'intérieur des instruments, en utilisant l'alpha de Cronbach (α). Tel que décrit dans l'annexe A, les résultats des alphas de Cronbach (α) étaient tous bons ou très bons, indiquant la fiabilité des items qui composent les instruments (DeVon et al., 2007; Nunnally & Bernstein, 1994). Les annexes A et C fournissent une vue d'ensemble de l'opérationnalisation pour les variables indépendantes (ou exploratoires), tout comme leur consistance interne (alpha de Cronbach). L'annexe B offre les résultats des ACP pour les variables explicatives, avec des instruments multi-items.

Les variables indépendantes considérées dans cette étude ont été regroupées dans les trois catégories définies précédemment dans la section 3 : 1) les variables indépendantes du modèle JD-R; 2) les facteurs liés au travail; 3) les facteurs personnels.

Pour vérifier la multicolinéarité entre les variables continues dans le modèle, nous avons d'abord estimé leur coefficient de corrélation par paires (annexe D) et ensuite, nous avons estimé la valeur de leur tolérance statistique. La tolérance statistique des valeurs indique si un prédicteur a une relation linéaire forte avec les autres prédicteurs. Les tolérances statistiques doivent se situer au-dessus de 0.2 pour s'assurer de l'absence de multicolinéarité. Comme toutes les tolérances statistiques de ces variables remplissent ce critère, il est permis de croire que les données ne recèlent aucune difficulté relativement à la multicolinéarité (Field, 2006; Menard, 1995).

Finalement, une analyse des réponses des répondants « hâtifs » versus les répondants « tardifs » en ce qui concerne trois variables clés de la recherche a été effectuée avec la variable « satisfaction face aux ressources au travail », « satisfaction face aux exigences au travail » et « épuisement ». La comparaison entre les répondants qui ont répondu au début du sondage, c'est-à-dire dès la première invitation à remplir le questionnaire d'une part et, d'autre part, les répondants tardifs, c'est-à-dire suite à un rappel, amène à croire que les résultats des répondants tardifs correspondent approximativement à ceux des non-répondants. On peut penser que ces répondants tardifs auraient probablement figuré parmi les non-répondants s'il n'y avait pas eu de rappel (Miller & Smith, 1983; Radhakrishna & Doamekpor, 2008). Le résumé des tests effectués pour comparer les moyennes des deux

groupes (hâtifs et tardifs) est présenté dans le tableau 5 du chapitre 3. Les résultats indiquent qu'en moyenne, le groupe des répondants hâtifs, qui représentent les premiers 10 %, et le groupe des répondants tardifs, qui représentent les derniers 10 %, ne diffèrent pas au niveau de ces trois variables (aucune différence significative à un seuil de 0,05). Il est donc possible de conclure en la probabilité d'une similitude entre les non-répondants et les répondants tardifs; par conséquent, le biais des non-répondants ne constitue pas une préoccupation majeure dans le cadre de cette étude.

5.4.2. Procédures et participants

Les données utilisées pour cette étude proviennent d'une enquête effectuée par l'entremise du logiciel Survey Monkey. Le questionnaire comportait vingt questions dont certaines correspondent aux six construits de cette recherche (satisfaction face aux ressources, satisfaction face aux exigences, engagement au travail, épuisement, conflit travail-famille et intention de quitter), en plus de celles couvrant les données sociodémographiques. Il a été développé suite à une recension des écrits sur l'engagement au travail, l'épuisement, le CTF et l'intention de quitter. Un courriel d'invitation à remplir le questionnaire a été envoyé au début du mois de février 2011 par le vice-président de l'organisation provinciale qui s'occupe de défendre les droits des omnipraticiens (FMOQ), dans le but de maintenir la confidentialité de la liste de courriels de ses membres. Un rappel a été envoyé deux semaines plus tard, soit dans le milieu du mois de février 2011. Le courriel d'invitation, signé par le vice-président et la chercheure principale de cette recherche (C.A. Mathieu), visait deux fins : expliquer la recherche et rappeler le libre choix de le remplir ou non. La première page du questionnaire en ligne s'ouvrait sur la mention du caractère confidentiel de l'étude, à la suite de quoi le participant doit confirmer son consentement libre et éclairé. L'invitation à remplir le questionnaire a été envoyée à environ 5 000 omnipraticiens de la province de Québec, le nombre exact fluctuant selon les ajouts et retraites d'adresses électroniques. En tout, 1 112 questionnaires ont été complétés, parmi lesquels 43 se sont avérés inutilisables en raison de données manquantes (seul le consentement du participant avait été complété). Finalement, l'enquête a généré 1069 questionnaires qui ont été conservés pour fin d'analyses, rapportant un taux de réponse brute de 22, 24 %. Étant donné que les informations personnelles relatives aux médecins demeurent confidentielles,

il n'est pas possible de déterminer, parmi les médecins ayant reçu le courriel, lesquels se trouvaient en vacances, absents, en congé de maladie, en activités de recherche à l'extérieur ni même combien d'entre eux avaient changé d'endroit de travail ou d'adresse électronique sans en avoir avisé leur fédération. Sans tenir compte des répondants qui n'ont pu remplir le questionnaire pour différentes raisons, le taux brut de réponse pour cette enquête est très bon pour ce type de population (Klabunde, et al., 2012). Selon ces auteurs, qui ont traité de l'amélioration de la qualité des enquêtes menées auprès de médecins (Klabunde et al., 2012), un échantillon standard de médecins provenant d'une association (comme c'est le cas dans cette étude) peut s'avérer problématique à plusieurs égards pour les chercheurs. Parmi ces difficultés, les auteurs soulignent le manque de mise à jour régulières, voire annuelles, de ces types de banques de données. L'utilisation d'une telle liste peut s'avérer onéreuse pour les chercheurs qui doivent retracer les informations incomplètes ou désuètes. La vérification des données pour un échantillon de médecins (National Survey of Primary Care Physicians' Recommendations and Practices for Breast, Cervical, Colorectal, and Lung Cancer) indiquait que 20 % de l'échantillon avait nécessité des recherches supplémentaires afin d'obtenir les informations exactes concernant les numéros de téléphone et/ou adresses, alors que 7 % de l'échantillon n'avait pu être retracé malgré des efforts rigoureux déployés en ce sens. De plus, une vérification téléphonique a révélé que 13 % des médecins qui, selon la base de données disponible, étaient, en principe, éligibles pour leur étude ne l'étaient pas dans les faits : certains ne pratiquaient pas la médecine; d'autres étaient associés erroneusement à une spécialité; d'autres encore étaient décédés (Klabunde et al., 2012). Un autre obstacle important pour les chercheurs auprès de la population des médecins consiste en l'exactitude des adresses électroniques. En effet, certains médecins possèdent des adresses électroniques qui varient selon les endroits de pratique et certaines de ces adresses sont rarement utilisées. Sudman et Blair (1999) ont révélé que les sondages effectués auprès des médecins atteignaient typiquement un taux de réponse de moins de 10 % en 1999. Et une étude récente qui a analysé des dizaines de sondages effectués auprès de médecins conclut que les taux de réponse depuis 1998 semblent en déclin chez cette population (Mcleod et al., 2013).

5.4.3. Statistiques descriptives

Tel que mentionné précédemment, la construction de la typologie est basée sur la combinaison du CTF et des ressources au travail. Plus précisément, il a été question de croiser deux indicateurs : 1) le conflit travail-famille ressenti par les omnipraticiens, et 2) leur satisfaction par rapport aux ressources au travail.

La première partie du tableau 14 présente la distribution des 1069 omnipraticiens dans les quatre groupes, soit : 300 ou 29,1 % des médecins de l'échantillon dans le groupe des nomades, 160 ou 15,5 % dans les braves, 235 ou 22,8 % dans les indépendants et enfin, 337 ou 32,7 % des médecins de l'échantillon se trouvent dans le groupe étalon, les stables.

Les statistiques descriptives pour les variables explicatives sont également reportées au tableau 14. Les répondants ont obtenu des résultats moyens de 4.67 sur un maximum de 6 pour l'engagement au travail, avec un écart-type (ÉT) de 1.11. Pour ce qui est de la variable détresse psychologique (épuisement) et satisfaction face aux exigences au travail, ils ont respectivement obtenu des moyennes de 1.90 et 3.71, sur un maximum de 4 et de 6, avec des ÉT de 1.83 et 3.60.

En ce qui concerne les variables dichotomiques, pour le genre, 56,8 % des répondants étaient des femmes et 43,2 % étaient des hommes; 81,6 % étaient marié(e)s ou conjoint(e)s de fait et 18,4 % étaient célibataires, séparé(e)s, divorcé(e)s ou veuf/veuves; 68,2 % avaient des enfants à charge et 31,8 % n'en avaient pas. Pour les groupes d'âge, 8 % des omnipraticiens avaient 31 ans ou moins, 23,4 % se situaient entre 32 et 45 ans et 68,3 % avaient 46 ans ou plus. Finalement, parmi les 1069 répondants, 51,8 % pratiquaient principalement dans une clinique privée ou une clinique sans rendez-vous, 18,4 % pratiquaient dans un hôpital universitaire, 16,2 % dans une clinique communautaire, 8,2 % dans un hôpital non universitaire et 2,3 % dans un centre de recherche, dans un bureau administratif ou comme professeur.

Tableau 14. Répartition des répondants

Variable dép. : l'intention de quitter					
	Nombre de cas	Pourcentage			
-Nomades	300	29.1			
-Braves	160	15.5			
-Indépendants	235	22.8			
-Stables	337	32.7			

Variabiles indépendantes continues :	Type de variable	Minimum	Maximum	Moyenne	Écart type
Engagement au travail	Index : 7 items	0	6	4.67	1.11
Dét. psych. (Épuisement selon GHQ)	Index : 6 items	1	4	1.90	1.83
Exigences au travail	Index : 5 items	1	6	3.71	3.60

Variabiles dichotomiques :	Pourcentage				
Genre	Femme = 56,8 %		Homme = 43,2 %		
Statut civil	Marié(e) ou conjoint(e) de fait = 81,6 %		Célibataire, séparé(e), divorcé(e), veuf/veuve = 18,4 %		
Avoir des enfants à charge	Oui = 68,2 %		Non = 31,8 %		
Groupes d'âge	≤ 31 ans = 8 %	32 à 45 ans = 23,4 %		≥ 46 ans = 68,3 %	
Lieu de pratique (principal)	Clinique privée / clinique sans rendez- vs = 51,8 %	Hôpital universitaire = 18,4 %	Hôpital (non universitaire) = 8,2 %	Clinique communautaire = 16,2 %	Centre de recherche/bureau administratif/Professeur = 2,3 %

5.5. Le modèle empirique et les résultats

Une régression logistique multinomiale a été effectuée pour identifier les variables qui avaient un impact sur la probabilité qu'un médecin se retrouve dans un des trois groupes

plus volatiles (1-2 ou 3) plutôt que dans le groupe étalon (4), dans lequel les omnipraticiens sont plus *stables* et démontrent un faible niveau d'intention de quitter.

5.5.1. Spécifications du modèle logistique multinomial

Pour le modèle de régression logistique multinomiale, les quatre profils sont 1, 2, 3 et 4, avec 1) les *Nomades* (CTF élevé et ressources limitées); 2) les *Braves* (CTF élevé et ressources élevées); 3) les *Indépendants* (CTF faible et ressources limitées); et 4) les *Stables* (CTF faible et ressources élevées). Ce dernier profil est utilisé comme groupe de référence ou étalon dans notre modèle. La probabilité de choisir un profil donné par k (k= 1; 2; 3; 4) se traduit par :

$$P_j = \frac{\exp(\beta_j x)}{\sum_j \exp(\beta_j x)} \quad \text{pour } j = 1, \dots, k+1 \quad (1)$$

où X_i est la matrice des attributs des profils et β_k est en vecteur de $m \times 1$ des paramètres à être estimés.

Appliqués à cette recherche, comme le groupe 4 (les stables) a été déterminé comme groupe de référence, les paramètres estimés seront interprétés dans ce sens :

$$\frac{\text{Prob}_{i1}}{\text{Prob}_{i4}} = \frac{e^{\beta_1 X_i}}{e^{\beta_4 X_i}} = e^{(\beta_1 - \beta_4) X_i} = e^{\beta_1 X_i}$$

$$\frac{\text{Prob}_{i2}}{\text{Prob}_{i4}} = \frac{e^{\beta_2 X_i}}{e^{\beta_4 X_i}} = e^{(\beta_2 - \beta_4) X_i} = e^{\beta_2 X_i}$$

et

$$\frac{\text{Prob}_{i3}}{\text{Prob}_{i4}} = \frac{e^{\beta_3 X_i}}{e^{\beta_4 X_i}} = e^{(\beta_3 - \beta_4) X_i} = e^{\beta_3 X_i}$$

(2)

ou

$$\text{Ln} \left(\frac{\text{Prob}_{i1}}{\text{Prob}_{i4}} \right) = (\beta_1 - \beta_4)X_i = \beta_1 X_i$$

$$\text{Ln} \left(\frac{\text{Prob}_{i2}}{\text{Prob}_{i4}} \right) = (\beta_2 - \beta_4)X_i = \beta_2 X_i$$

et

(3)

$$\text{Ln} \left(\frac{\text{Prob}_{i3}}{\text{Prob}_{i4}} \right) = (\beta_3 - \beta_4)X_i = \beta_3 X_i$$

$\text{Ln} \left(\frac{\text{Prob}_{i1}}{\text{Prob}_{i4}} \right)$ est le logarithme du ratio de la probabilité qu'un médecin se retrouve dans le groupe 1 par rapport à la probabilité qu'il se retrouve dans le groupe 4 qui est le groupe étalon, relativement à la probabilité que ce même médecin se retrouve dans le groupe 1, par exemple.

5.5.2. Résultats des régressions logistiques multinomiales

Les résultats de la régression multinomiale sont résumés dans le tableau 15. Le pouvoir explicatif du modèle, indiqué par le pourcentage de prédictions correctes, est bon avec 59,8 % pour ce modèle. La valeur du Nagelkerke pseudo R^2 est à 0.545, ce qui est considéré comme très acceptable (Nagelkerke, 1991). De plus, la valeur calculée du ratio de probabilité (i.e. 732.326) est beaucoup plus élevée que la valeur critique du chi-carré statistique à un seuil de 1 pourcent, avec 39 degrés de liberté. Ceci suggère que l'hypothèse nulle qui stipule que tous les coefficients sont égaux à zéro, est rejetée. Par conséquent, le modèle est significatif à un seuil de 1 %.

Tableau 15. *Modèle logistique multinomial qui explique l'intention de quitter des omnipraticiens*

Variable dépendante	CTF élevé et ressources limitées/ CTF faible et ressources élevées	CTF élevé et ressources élevées/ CTF faible et ressources élevées	CTF faible et ressources limitées/ CTF faible et ressources élevées			
	Nomades à stables (groupe 1 à 4)	Braves à stables (groupe 2 à 4)	Indépendants à stables (groupe 3 à 4)			
Variables ind.	Coeff. B	Exp (β)	Coeff. B	Exp (β)	Coeff. B	Exp (β)

Constante	4.55		-2.096		7.147	
Variabes du modèle JD-R						
Engagement [Eng]	.015 ^{NS}	.985	-.091 ^{NS}	1.095	.051 ^{NS}	.950
Dét. psy. (Épuisement) [Psy2]	-1.433 ^{***}	4.189	-1.207 ^{***}	3.344	-.258 ^{NS}	1.294
Facteurs liés au travail						
Exigences au travail [WrkD]	2.079 ^{***}	.125	.428 ^{***}	.652	1.595 ^{***}	.203
Clinique privée ^a [Private]	.102 ^{NS}	.903	-.360 ^{NS}	1.433	.601 ^{**}	.548
Hôpital univ. ^a [UnivHosp]	-1.460 ^{***}	4.304	-.268 ^{NS}	1.307	-.689 ^{**}	1.991
Hôpital (non-univ.) ^a [Hosp]	-.528 ^{NS}	1.695	.970 [*]	.379	-.137 ^{NS}	1.147
Clinique communautaire ^a [CummunityC]	-.188 ^{NS}	1.207	-.096 ^{NS}	1.101	-.439 ^{NS}	1.551
Facteurs personnels						
Genre [Gender]	.193 ^{NS}	.824	.073 ^{NS}	.930	.057 ^{NS}	.945
Statut civil [Marital]	-.131 ^{NS}	1.140	.203 ^{NS}	.816	-.050 ^{NS}	1.052
Enfants [Children]	-.147 ^{NS}	1.159	-.490 ^{**}	1.633	-.098 ^{NS}	1.103
≥ 46 ans ^b [Group1]	.019 ^{NS}	.981	.335 ^{NS}	.715	1.136 ^{***}	.321
32 à 45 ans ^b [Group2]	-.412 ^{NS}	1.510	.225 ^{NS}	.799	.907 ^{**}	.404
-N	300/337		160/337		235/337	
-Chi-carré (d.f.)	732.326 (39)					
-Nagelkerke R ² (Pseudo R carré)	0.545					
-Pourcentage des prédictions correctes	59,8 %					

^a La catégorie en référence est de travailler dans « Un centre de recherche, comme professeur ou dans un centre administratif ».

^b La catégorie en référence est le « groupe ≤ 31 ans ».

*, **, *** indiquent que les variables sont significatives à 10 %, 5 % et 1 % respectivement. ^{NS} indique que ces variables ne sont pas significatives au niveau de 10 %.

La capacité des variables indépendantes d'expliquer la probabilité de se retrouver dans le groupe étalon plutôt que dans les trois autres groupes est également décrite au tableau 15. Les résultats montrent que cinq variables sont significatives pour expliquer la probabilité de se retrouver dans le profil 4, plutôt que dans les trois autres profils. Plus précisément, la détresse psychologique (épuisement), certains lieux de pratique et avoir des enfants à charge diminuent de façon significative la probabilité de se retrouver dans le groupe étalon. Deux autres variables se sont avérées significatives et positives pour se retrouver dans le profil 4 :

la satisfaction face aux exigences au travail et l'âge (les médecins plus âgés). Tel que prédit, le genre et le statut marital se sont avérés non significatifs dans le modèle. Contrairement à nos attentes, il a été trouvé que l'engagement au travail n'était pas significatif concernant la probabilité de se retrouver dans le groupe des *stables* plutôt que dans les trois autres profils.

Examinons de plus près chacun des trois profils d'omnipraticiens selon leur intention de quitter :

Profil 1 : De *nomades* à *stables* (groupes 1 à 4) (CTF élevé et ressources limitées / CTF faible et ressources élevées) : dans cette configuration, l'épuisement et le fait d'occuper un emploi dans un centre hospitalier universitaire plutôt que dans un centre de recherche ou comme professeur ou encore dans un centre administratif diminuent significativement la probabilité de se trouver dans le groupe des *stables* (CTF faible et ressources élevées) plutôt que dans le groupe des *nomades* (CTF élevé et ressources limitées). Cependant, la satisfaction liée aux exigences en emploi en augmente significativement la probabilité.

Profil 2 : De *braves* à *stables* (groupes 2 à 4) (CTF élevé et ressources élevées / CTF faible et ressources élevées) : être épuisé et avoir des enfants à charge diminuent significativement la probabilité de se retrouver dans le groupe des *stables* (CTF faible et ressources élevées) plutôt que dans le groupe des *braves* (CTF élevé et ressources élevées). Par contre, la satisfaction liée aux exigences en emploi en augmente la probabilité. De plus, le fait de travailler dans un hôpital (non universitaire) plutôt que dans un centre de recherche, ou comme professeur ou encore dans un centre administratif augmente significativement la probabilité de se retrouver dans le groupe des *stables* plutôt que dans le groupe des *braves*.

Profil 3 : D'*indépendants* à *stables* (groupes 3 à 4) (CTF faible et ressources limitées / CTF faible et ressources élevées) : la satisfaction liée aux exigences en emploi et le fait d'être plus âgé (plus de 32 ans) plutôt que d'appartenir au groupe des 31 ans et moins augmentent significativement la probabilité de se trouver dans le groupe des *stables* (CTF faible et ressources élevées) plutôt que dans le groupe des *indépendants* (CTF faible et ressources limitées). De plus, le fait de travailler dans une clinique privée plutôt que dans un centre de recherche, ou comme professeur ou encore dans un centre administratif a pour effet d'augmenter significativement la probabilité d'être dans le groupe des *stables*. Finalement, la probabilité de se retrouver dans le groupe des *stables* se voit diminuée de façon

significative par le fait de travailler dans un hôpital universitaire plutôt que dans un centre de recherche, ou comme professeur ou encore dans un centre administratif.

5.6. Discussion et conclusion

Les résultats de cette recherche montrent que l'intention de quitter est un phénomène plus complexe qu'il y paraît à première vue. Dans l'ensemble, plusieurs résultats utiles émergent de notre étude empirique.

Premièrement, comme prévu, un score plus élevé d'épuisement semble diminuer significativement la probabilité d'appartenance au groupe étalon des médecins stables, soit ayant accès à des ressources suffisantes et vivant peu de conflit travail-famille, plutôt qu'aux trois autres groupes. Cela confirme ce qui est préconisé par de nombreux auteurs : plus un individu est épuisé, plus il a l'intention de quitter (Ahuja et al., 2007; Jackson et al., 1987; Martinussen et al., 2007; Moore, 2000a; Schaufeli & Bakker, 2004; Spence Laschinger et al., 2009; Thomas & Williams, 1995).

Deuxièmement, les résultats indiquent que la satisfaction à l'égard des exigences en emploi augmente la probabilité d'appartenir au groupe des *stables*. Ce résultat est conforme à des études antérieures stipulant que la perception de la surcharge de travail a un impact négatif sur les médecins (Thommasen et al., 2001) et que les exigences excessives au travail contribuent à accroître leur intention de quitter (Aiken et al., 2002 a, b; Ahuja et al., 2007; Kahn et al., 1964; Makames et al., 2012; Moore, 2000b; Strachota et al., 2003; Tai et coll., 1998; Wunder et al., 1982).

Troisièmement, tel que prévu, il s'est avéré que le lieu de pratique principal exerce un impact sur l'intention de quitter des médecins. En ce qui concerne le principal lieu de travail, le fait de travailler dans une clinique privée ou dans un hôpital qui n'est pas un centre universitaire, plutôt que dans un centre de recherche, comme enseignant ou dans un bureau administratif augmente significativement la probabilité de se retrouver dans le groupe des *stables* plutôt que dans le groupe 3. Cela s'explique possiblement par le fait que ces deux types de pratique rejoignent probablement davantage les tâches qu'un omnipraticien s'attend à effectuer dans le cadre de son travail. Les exigences de devoir « soigner » des patients au quotidien en offrant un service de première ligne se rapproche de ce qui leur est enseigné lors de leur formation universitaire, comparativement à ceux travaillant essentiellement dans un

bureau administratif, diminuant le nombre d'heures consacrées aux patients. Travailler principalement dans les centres hospitaliers universitaires, plutôt que dans un centre de recherche comme un enseignant ou dans un bureau administratif, a été significativement et négativement associé à la probabilité de se retrouver dans le groupe des *stables* plutôt que dans le groupe des *braves*. Cela pourrait s'expliquer par le niveau d'éducation du médecin : en effet, ceux qui pratiquent dans les centres universitaires sont plus instruits que les autres, car pour obtenir un poste en centre universitaire, le médecin doit avoir obtenu préalablement un « Fellowship » suite à un prolongement de ses études. Cela pourrait améliorer leurs possibilités d'emplois et diversifier leurs perspectives de carrière. Le milieu de travail représente une importante source de différenciation. Ces résultats confirment que le lieu de pratique joue un rôle dans leur intention de quitter, comme l'ont souligné les études antérieures (Brewer et al., 2009; Carter & Tourangeau, 2012; Hom & Kinicki, 2001; Price, 2001). L'étude de Carter et Tourangeau (2012) a montré que le niveau d'intention de quitter des infirmières exerçant au sein d'hôpitaux spécialisés était moins élevé que chez leurs consœurs œuvrant dans un hôpital régulier. Cette recherche souligne que les caractéristiques spécifiques des infirmières et les facteurs externes, tels que l'opportunité de trouver du travail ailleurs, influencent leur intention de quitter. Hom et Kinicki (2001), Price (2001) ainsi que Brewer et al. (2009) sont arrivés à la même conclusion : la conviction de se trouver un emploi ailleurs était associée à l'intention de quitter.

Quatrièmement, les résultats des quatre facteurs personnels ont appuyé partiellement ou complètement les résultats attendus. Supportant nos hypothèses, le genre et le statut marital n'affectent pas la probabilité de se retrouver dans le groupe étalon. Avoir des enfants à charge a été significativement et négativement lié à la probabilité de se retrouver dans le groupe des *stables* plutôt que dans le groupe des *braves*. En outre, concernant les groupes d'âge, il est apparu qu'avoir 46 ans ou plus et le fait d'appartenir au groupe des 32 à 45 ans au lieu d'appartenir au groupe des 32 ans et moins ont été positivement et significativement associés à la probabilité d'être dans le groupe étalon, plutôt que dans le groupe des *indépendants*. Cela est conforme à la littérature, qui stipule que les jeunes sont plus susceptibles de quitter leur emploi (Simon et al., 2004), et supporte partiellement nos hypothèses.

Finalement, selon la typologie proposée dans cette recherche, une variable explicative provenant du modèle JD-R s'avère non significative. L'engagement au travail n'influence pas la probabilité d'appartenir au groupe de référence, plutôt qu'à l'un des trois autres groupes. Nos résultats concernant l'engagement au travail contrastent avec les résultats trouvés dans certaines études antérieures qui ont proposé que l'engagement au travail est l'un des cinq principaux facteurs à considérer lorsque l'on étudie l'intention de quitter (Carter & Tourangeau, 2012; Hagopian, 2009) et qu'un niveau élevé d'engagement diminue l'intention de quitter (Agarwal et al., 2011; Arnold & Feldman, 1982; Brewer et al., 2009; Hakanen et al., 2005; Hollenbeck & Williams, 1986; Meyer et al., 2002; Ohana & Meyer, 2010; Podsakoff et al., 2007; Saks, 2006; Tett & Meyer, 1993; Tourangeau & Cranley, 2006). Dans cette thèse, il a été démontré que les médecins avaient un haut niveau d'engagement, caractérisé par un faible écart type, indiquant que cette population est déjà très engagée. Le fait que les omnipraticiens soient déjà une population très engagée pourrait probablement jouer un rôle dans les résultats, étant donné qu'il ne semble pas y avoir de problématique à ce niveau-là (le niveau d'engagement entre les « moins » engagés et les « plus » engagés étant très faible, les omnipraticiens se situent tous dans le haut de l'échelle d'engagement). Nous pouvons supposer que les omnipraticiens forment une population qui a un haut niveau d'engagement au travail et que cet élément ne doit pas faire l'objet d'une trop grande attention de la part des décideurs lorsque ces derniers veulent mettre en place des mesures pour diminuer l'intention de quitter des médecins.

5.7. Implications managériales

Cette étude montre que l'importance et le rôle de certaines variables diffèrent selon le profil. L'analyse de ces variables a permis de déterminer les facteurs importants à considérer afin de diminuer l'intention de quitter des médecins. Tout d'abord, cela implique que pour cette population, des programmes de gestion visant à venir en aide aux médecins pourraient mettre davantage d'efforts sur l'augmentation des ressources au travail et du CTF, déplaçant ainsi les médecins dans la typologie, vers le groupe des *stables*. D'une part, suivant le modèle JD-R (Demerouti et al., 2001a) et CE-R (Mathieu et al., 2013), une initiative pour tenter d'augmenter la satisfaction des ressources au travail pourrait conduire à une certaine diminution de l'épuisement et réduire l'intention de quitter; en revanche, cela aiderait les

médecins à remplir les exigences de leur travail. Des programmes visant spécifiquement la réduction du CTF favoriseraient également la rétention des médecins (Lazar et al., 2010), car ils semblent absents actuellement. Il pourrait s'avérer utile de questionner les omnipraticiens pour cerner leurs besoins spécifiques sur ce sujet. Par contre, des initiatives de la part du gouvernement ou des décideurs pourraient montrer une ouverture vers une nouvelle façon de pratiquer la médecine, en tentant de concilier la vie familiale et la pratique médicale. Suivant la même logique, Smith (2005) a identifié une réduction de l'intention de quitter parmi les employés qui percevaient que leurs employeurs promouvaient un équilibre entre travail et vie personnelle ou familiale.

Les résultats de cette étude mènent à des implications managériales importantes. Premièrement, les résultats concernant la satisfaction face aux exigences au travail suggèrent que les gestionnaires et les décideurs politiques devraient se préoccuper de l'amélioration de la satisfaction face aux exigences au travail des médecins ou du moins de la réorganisation de ces exigences pour en accroître la satisfaction. En effet, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et les décideurs devraient prêter attention à la satisfaction à l'égard des exigences au travail parce qu'elle contribue à augmenter la probabilité des omnipraticiens de se retrouver dans le groupe des *stables*. Un bon départ dans ce sens pourrait être de réviser ou améliorer le système actuel de tenue de dossiers pour les omnipraticiens ainsi qu'une façon plus efficiente de transférer l'information d'un patient lors de la référence à un médecin spécialiste, car le questionnaire pour cette thèse a permis de relever que les omnipraticiens semblaient être assez insatisfaits de ces deux aspects de leur travail. Il apparaît important que la fédération représentant les médecins de famille et/ou le gouvernement qui établissent les règlements prennent en considération certains facteurs décisionnels qui influenceraient la rétention de cette population. Concrètement, ils pourraient réviser le plan des activités médicales particulières (AMP) et ainsi permettre une meilleure flexibilité quant au lieu de travail et indirectement à l'horaire de travail pour accommoder leur vie familiale. De plus, si les médecins avaient une meilleure latitude décisionnelle par rapport aux exigences en emploi auxquelles ils voudraient répondre, il est permis de croire qu'ils en seront plus satisfaits. Une recension des écrits de Semmer (2011) souligne que les interventions qui semblent les plus efficaces ont pour objet la latitude décisionnelle. Par contre, étant donné que les omnipraticiens semblent une population déjà

sensiblement engagée dans son travail, aucune intervention précise ne devrait être faite sur cet aspect, étant donné que le niveau d'engagement des omnipraticiens est actuellement déjà élevé et ne semble pas représenter un problème.

Deuxièmement, les résultats concernant l'impact de l'épuisement sur l'intention de quitter indiquent que les décideurs devraient encourager des programmes d'aide aux employés afin de porter une attention spéciale à l'épuisement et que les gestionnaires responsables de l'application des règlements devraient soutenir de telles initiatives. Il faudrait continuer à sensibiliser les médecins en les incitant à aller chercher de l'aide lorsqu'ils sont épuisés, avant que cela n'affecte trop leur état de santé et les dirige vers un éventuel départ de la profession. Des brochures, courriels ou encore des petites capsules d'informations insérées lors de différentes présentations de formation continue pourraient s'avérer de bons moyens de communications. Cette mesure de prévention tertiaire qui sert à prévenir la détérioration d'une situation d'épuisement déjà en place pourrait être bonifiée par une intervention au niveau primaire, c'est-à-dire de prévenir l'épuisement avant qu'il ne survienne. Les modèles JDR et CE-R permettent de développer des stratégies préventives primaires et de prévenir l'épuisement en portant une attention aux conditions de travail et aux mesures de conciliation travail-famille plutôt que d'intervenir trop tard. En mettant en place des solutions pour diminuer le CTF et augmenter leur satisfaction face aux ressources et aux exigences en emploi, suivant les modèles JD-R et CE-R, cela aura comme effet de prévenir l'épuisement.

Troisièmement, une attention particulière devrait être portée aux médecins travaillant en centres hospitaliers universitaires, car nos résultats suggèrent que les médecins qui travaillent dans ce milieu présentent un niveau d'intention de quitter plus élevé. Les gestionnaires de règlements ou les décideurs devraient examiner des solutions pour maintenir ces médecins dans leur lieu de travail. Des recherches futures pourraient servir à explorer davantage et à comparer la réalité des omnipraticiens des centres universitaires, comparativement aux autres endroits de pratique, pour y déceler des pistes de solutions.

Finalement, les résultats de cette étude montrent que les décideurs devraient accorder moins d'importance au genre (sexe) des médecins ou à leur état matrimonial en ce qui concerne l'intention de quitter, et plutôt travailler à la recherche de solutions pour aider les médecins ayant des enfants à charge, et ainsi mieux les comprendre et pouvoir s'adapter aux

besoins des jeunes omnipraticiens. Plusieurs interventions permettant d'améliorer l'harmonisation travail-vie personnelle peuvent être implantées, par exemple un service de garde en milieu de travail, l'accès à une personne-ressource pouvant effectuer des courses pour les employés, des horaires flexibles, etc. Un coffret pour les organisations est également disponible pour tenter d'harmoniser le travail et la vie personnelle (Chrétien, Létourneau & Lécine, 2013). Réévaluer les AMP pour donner une latitude aux médecins quant à leur horaire de travail pourrait également venir diminuer leur CTF. Une étude de Kelly et al. (2014) auprès de travailleurs en technologies a démontré que les travailleurs qui peuvent décider de leur horaire de travail voient leur CTF diminuer; l'effet était encore plus marqué avec les employés qui avaient un ou des enfants à charge. Leur étude montrait que le CTF n'est pas seulement un trouble personnel, mais que cela pouvait être changé grâce au milieu de travail. Le fait de pouvoir choisir librement son horaire affecte non seulement le CTF, mais change également les ressources au travail en offrant cette option. Dans cette étude, les superviseurs avaient également reçu des formations sur l'importance de considérer la vie familiale ou personnelle des employés, changeant leur vision des besoins des employés. Dans notre cas, les décideurs pourraient également montrer aux médecins le souci du bien-être des médecins à pouvoir concilier le travail et la vie personnelle et en tenir compte lors des prises de décision. L'étude de Kelly et al. (2014) a montré que cette nouvelle vision et ce support, de la part des superviseurs en ce qui concerne la vie familiale et personnelle, avaient fait diminuer le CTF ressenti par les employés.

5.8. Limites et futures recherches

Cette étude comporte certaines limitations que des recherches futures devraient essayer de surmonter. Tout d'abord, bien que cette étude repose sur l'analyse d'un important échantillon ainsi que sur des outils analytiques puissants, elle est limitée à une seule période de temps. Les résultats pourraient être améliorés et plus robustes à l'aide de données longitudinales.

Deuxièmement, dans cette étude, nous avons considéré tous les omnipraticiens. Les recherches futures pourraient exclure les omnipraticiens occupant des fonctions essentiellement bureaucratiques ou travaillant au sein d'un corps professoral. En effet, ces professionnels ne partagent peut-être pas les mêmes préoccupations en ce qui concerne les

conditions de travail comme médecins; leurs relations avec les ressources au travail ainsi que les sources de conflit travail-famille se trouvent probablement transformées en raison de la nature différente de leurs responsabilités.

Troisièmement, cette recherche confirme que le lieu de pratique devrait être pris en considération pour comprendre et évaluer l'intention de quitter. Les omnipraticiens travaillant principalement dans les centres hospitaliers universitaires, plutôt que dans un centre de recherche comme enseignant ou dans un bureau administratif, ont été significativement et négativement associés à la probabilité de se retrouver dans le groupe des *stables*. Toutefois, il pourrait s'avérer utile, dans le contexte de futures recherches, d'utiliser cette typologie avec d'autres professionnels.

Quatrièmement, un enrichissement des pistes de solutions pourrait se faire dans une recherche future à l'aide d'une méthodologie qualitative auprès des omnipraticiens. Des questionnements auprès des omnipraticiens qui ont moins de 32 ans, ceux ayant des enfants à charge et ceux travaillant en centre universitaire pourraient être utilisés pour tenter de mieux comprendre la dynamique entourant leur conflit travail-famille et leur satisfaction par rapport aux ressources. Cette démarche pourrait également servir aux omnipraticiens à exprimer leurs suggestions quant aux solutions pour faire diminuer leur CTF, augmenter leur satisfaction face aux ressources actuelles et ultimement diminuer leur intention de quitter. Ces suggestions pourraient servir de pistes de solutions auprès des décideurs.

Cinquièmement, bien que la construction de deux échelles de mesure pour la satisfaction face aux exigences et des ressources au travail constitue une force parce qu'elles reflètent la réalité des médecins tel qu'il est suggéré par Bakker et al. (2007) et Nielsen et al. (2013), la méthodologie utilisée pour construire ces échelles pourrait être enrichie de façon à être plus exhaustive afin d'identifier d'autres sources d'exigences et de ressources. Bakker et al. (2007) suggéraient que les instruments pour mesurer les ressources et les exigences en emploi devraient être adaptés à chaque type d'emploi de façon à mieux refléter la réalité de la population à l'étude. Nielsen et al. (2013) suggèrent non seulement de faire participer les employés à la mise en œuvre des interventions à l'intérieur de l'organisation dans le but d'améliorer leur bien-être au travail, mais également de les faire intervenir à toutes les étapes de l'évaluation des problématiques afin de s'assurer de bien cibler les problèmes et de suggérer des solutions, telles que la construction d'instruments de mesure. Dans le contexte

de cette thèse, la recommandation de faire émerger les ressources et les exigences de la population à l'étude a été suivie; par contre, il pourrait s'avérer pertinent, dans une recherche future, de retourner sur le terrain pour rencontrer à nouveau les médecins et tenter de faire ressortir d'autres ressources et exigences de leur travail pour permettre de créer des instruments de mesure plus exhaustifs.

Enfin, cette étude a été effectuée auprès d'une population d'omnipraticiens provenant d'une seule province. Par conséquent, les exigences au travail, les ressources au travail et le lieu de pratique dérivés de nos résultats doivent être interprétés dans le contexte de leur réalité.

Pour des recherches futures, il serait intéressant d'approfondir le sujet en considérant la différence entre les groupes d'âge au niveau de l'intention de quitter. Ryder (1965) définit les générations comme étant « a group of individuals similar in age who have experienced the same historical events within the same time period ». Rasch et Wiley (2010) poursuivent en précisant que l'appartenance générationnelle ne peut être choisie. Les individus relèvent d'une génération donnée en fonction de leur année de naissance, qu'ils en soient conscients ou non, qu'ils s'y identifient ou non. De par leurs actions, chaque génération forme, de façon consciente ou non, la génération suivante. Jeffries et Hunte (2003) placent les générations présentement à l'œuvre sur le marché du travail dans les catégories suivantes : (1) les « Baby-Boomers » seraient les idéalistes; (2) la génération X seraient les réactivistes; (3) les Y seraient les civiques. Les chercheurs soulignent que les différentes générations ont des caractéristiques propres à elles et ont des besoins différents au travail (Kowske, Rasch et Wiley, 2010). Il n'est donc pas étonnant que les médecins des différents groupes d'âge soient différents au niveau de leur intention de quitter. Deal (2007) a étudié un ensemble de travailleurs et remarque, à partir de ces résultats, une importante croissance quant à la place du plaisir et du bonheur au travail. Toujours en termes de valeur, Chen et Choi (2007) avancent que les Boomers préféreraient la croissance personnelle plus que les X et les Y, tandis que les Y prioriseraient la qualité de l'environnement de travail plus que leurs pairs. Par contre, une autre étude des mêmes auteurs (2007) ajoute que l'ensemble des générations apprécie le confort, la sécurité et la croissance professionnelle. Incitatifs qui selon Sverke, Hellgren et Naswall (2002) sont positivement reliés à la satisfaction et la performance au travail et négativement reliés à l'intentions de quitter.

Le chapitre suivant servira de conclusion générale pour cette thèse de doctorat et y exposera ses contributions et ses limites.

Chapitre VI : Conclusion générale, contributions et limites

Les résultats principaux de cette thèse ont permis non seulement de valider les relations entre les ressources et les exigences au travail avec le CTF, mais également de faire ressortir que le CTF est un élément central dans le modèle CE-R, car les effets des exigences au travail circulent d'abord par le CTF, avant d'affecter l'épuisement et l'engagement du médecin. De plus, les analyses ont permis de valider la pertinence d'associer le modèle JD-R à un continuum dans l'intention de quitter des omnipraticiens.

L'objectif général de cette thèse consiste à comprendre les phénomènes qui expliquent les relations entre le conflit travail-famille, les exigences et les ressources au travail, et l'intention de quitter chez les omnipraticiens. La validation du nouveau modèle proposé a permis de corroborer la littérature qui établissait un lien entre les ressources et les exigences au travail, le conflit travail-famille et l'intention de quitter. L'utilisation du modèle JD-R pour expliquer le CTF et l'intention de quitter des omnipraticiens s'est avérée pertinente en regard des résultats des études empiriques.

Une recension des écrits a été effectuée autour des concepts du modèle du Job Demands-Resources (JD-R) de Demerouti et Bakker (2001a), portant sur les exigences et les ressources au travail. Ces deux concepts ont été appliqués au contexte de la vie professionnelle d'un médecin. Quelques constats importants se dégagent de cet exercice. D'abord, pour ce qui est des exigences au travail, si le problème de surcharge se pose avec une acuité particulière (Goehring et al., 2005; Viviers et al., 2007; Thommasen et al., 2001), d'autres éléments s'ajoutent au tableau : les exigences temporelles typiquement élevées de ces professionnels (Horner et al., 2011; Linzer et al., 2002), l'intensité des efforts déployés au quotidien (Horner et al., 2011; Jacobson et al., 2011), le caractère éminemment complexe et souvent délicat des interactions impliquant leurs patients (Bertrand et al., 2000), et l'obligation d'être parfois confrontés eux-mêmes à des chocs post-traumatiques (Van der Ploeg et al., 2003). En plus des exigences élevées au travail, la littérature répertoriée dresse le tableau d'une profession en manque de ressources. Sur ce plan, il est donc plausible d'avancer que les ressources ne rencontrent pas toujours les exigences de la profession, notamment en raison du contexte économique affectant le système de santé au point de vue

de l'espace et du temps (Bonnières et al., 2010). Il ressort également un manque de soutien des collègues médecins (Maranda et al., 2006), et de formations nettement insuffisantes dans certains champs complémentaires à la profession : l'administration (Sutinen et al., 2002), la gestion des patients violents (Coverdale et al., 2001) et la création d'un regroupement de médecins de famille (Tieaskie, 2000).

En cohérence avec le modèle du JD-R, il existe plusieurs conséquences à une exposition à ce déséquilibre entre les exigences et les ressources, parmi lesquelles on compte, entre autres, l'épuisement (Bacharach et al., 1991; Crépeau, 2003; Rout, 1999a; Vivier et al., 2008), la baisse d'engagement (Hakanen et al., 2005), l'augmentation du nombre d'erreurs médicales (Firth-Cozens et al., 1997; Maranda et al., 2006), le risque de conflit travail-famille (Makames et al., 2012), ainsi que l'intention de quitter leur emploi (Hann et al., 2011; Jackson-Malik, 2005).

Puisqu'aucun modèle théorique n'a été répertorié dans la littérature sur l'intention de quitter propre aux médecins, le premier article de cette thèse a été consacré à une recension des écrits et a donné lieu à l'énonciation d'un nouveau modèle sur l'intention de quitter des médecins : le modèle « conflit exigences-ressources » (CE-R). Ce nouveau modèle proposé se veut une extension du modèle JD-R de base, en ajoutant : (1) l'interaction du CTF comme variable médiatrice entre les ressources et les exigences au travail avec l'épuisement et l'engagement au travail; (2) le phénomène de l'intention de quitter comme continuum au modèle JD-R. En étudiant le phénomène de rétention des médecins en regard de leur perception du conflit travail-famille ressenti, la thèse permet de comprendre le lien indirect entre ces deux phénomènes. En considérant l'intention de quitter des omnipraticiens en ce qui a trait au modèle JD-R, la thèse contribue à mieux comprendre les facteurs en milieu de travail influençant ce désir de quitter. Le nouveau modèle inclut non seulement les exigences qui mènent au CTF, mais également les ressources qui peuvent diminuer ce conflit.

Le deuxième article de thèse a permis de valider la performance du nouveau modèle proposé à l'aide de modélisation par équations structurelles. Les résultats suggèrent que le CE-R satisfaisait aux exigences de performance d'un modèle validé à l'aide d'équations structurelles et qu'il est adéquat de considérer que le phénomène du CTF a un effet médiateur entre les effets des exigences et des ressources au travail sur l'épuisement et l'engagement au travail. Le modèle ne rapportant aucun effet significatif direct entre les exigences au

travail et l'épuisement et l'engagement, les analyses suggèrent plutôt que les effets structurels des exigences au travail cheminent à travers le CTF avant de cheminer à travers l'épuisement et l'engagement. Plus un médecin est satisfait des exigences au travail, moins il ressent de CTF. Les résultats montrent également que plus un médecin est satisfait des ressources au travail, plus son niveau d'engagement au travail est élevé, moins il ressent de conflit travail-famille et d'épuisement. De plus, lorsqu'un médecin ressent un degré de CTF élevé, son niveau d'épuisement est élevé et il est moins engagé dans son travail. Finalement, alors qu'un niveau élevé d'engagement au travail diminue de façon significative l'intention de quitter du médecin, un grand épuisement augmente celle-ci de façon significative.

C'est également en suivant les modèles JD-R et CE-R que le troisième article propose une typologie sur l'intention de quitter des médecins pour ainsi mieux comprendre l'interaction des différentes variables explicatives sur leur probabilité de figurer dans le groupe des médecins dit des *stables*, c'est-à-dire démontrant une faible intention de quitter. Les résultats suggèrent que l'épuisement, le lieu de pratique et avoir des enfants à charge diminuent de façon significative la probabilité de se retrouver dans le groupe étalon. Deux autres variables se sont avérées significatives et positives pour se retrouver dans le profil de médecins *stables* : la satisfaction face aux exigences au travail et l'âge. Tel que prédit, le genre et le statut marital se sont avérés non significatifs dans le modèle. Au contraire, il a été trouvé que l'engagement au travail n'était pas significativement associé à la probabilité de se retrouver dans le groupe des *stables* plutôt que dans les trois autres profils.

6.1. Contributions

Cette thèse permet des avancées théoriques, méthodologiques et pratiques. Le sujet de cette thèse a émergé d'un fait de l'actualité concernant le manque d'omnipraticiens au Québec. Dans le but de trouver des pistes de solutions pour conserver en poste les médecins actuels, une meilleure compréhension de leur rétention s'imposait. Alors que la littérature ne semblait pas offrir de modèle sur l'intention de quitter des médecins, une autre avenue a émergé. Les études relatives aux médecins semblaient en général soulever la problématique des fortes exigences de cette profession et du manque de ressources à laquelle ces derniers sont confrontés (par ex. : Gardulf et al., 2008; Jakubowski, 2004; Socialstyrelsen, 2001; William et al., 2001). Lors d'une recherche sur les effets des exigences et des ressources au

travail, la littérature concernant les modèles sur le stress s'est avérée pertinente. C'est donc en utilisant le modèle JD-R sur le stress à l'aide de ces deux variables indépendantes de base (exigences et ressources au travail) qu'une recension des écrits sur les médecins a débuté. Pour répondre à un manque d'application du modèle JD-R chez les médecins, une exploration d'items concernant les ressources et les exigences propres au travail des médecins a été effectuée dans le premier article de cette thèse. De cette recension des écrits, il est ressorti qu'il était pertinent d'utiliser le modèle JD-R pour expliquer l'intention de quitter des omnipraticiens en prenant en considération le conflit travail-famille, ce qui nous a amené à proposer le nouveau modèle : le « conflit exigences-ressources » ou CE-R. Cette proposition d'un nouveau modèle vient pallier à une lacune de la littérature sur un modèle de rétention propre aux médecins et contribue à une avancée au niveau théorique dans ce sens.

Ce nouveau modèle a été testé auprès d'une population de médecins ($n = 1\ 069$), soit un nombre important auprès de ce type de population, étant donné qu'ils sont souvent sollicités et répondent peu aux enquêtes et sondages (Klabunde et al., 2012). Ces données enrichissent le domaine de la recherche sur l'intention de quitter des médecins et servent, dans le deuxième article de thèse, à valider le nouveau modèle de rétention proposé (CE-R). Cette contribution d'utilisation d'une population de médecins est d'autant plus importante que les données ont permis de suggérer que le nouveau modèle sur l'intention de quitter des omnipraticiens répond aux critères de performance de la modélisation par équations structurelles, appuyant ainsi la pertinence de ce nouveau modèle.

Dans le but d'identifier des facteurs individuels et organisationnels permettant de prédire l'intention de quitter l'emploi, une typologie a été proposée dans le troisième article de cette thèse. Une analyse a été effectuée avec différents facteurs personnels et d'autres liés au travail pour vérifier lesquels affectent la probabilité qu'un médecin se retrouve dans le groupe des médecins ayant une moindre intention de quitter plutôt que dans les trois autres groupes.

Les résultats des deux articles empiriques (2 et 3) nous ont permis de faire ressortir des pistes de solutions et d'implications managériales qui pourraient être appliquées sur le terrain. Le tableau suivant (tableau 16) expose les différentes contributions de cette thèse de doctorat en lien avec chacun des trois articles qui la composent et les objectifs spécifiques de la thèse.

Tableau 16. *Contributions de la thèse de doctorat*

Objectifs spécifiques de recherche	Résultats	Contributions
<p>1. Proposer un modèle intégrateur qui se veut une extension au modèle JD-R existant de par l'inclusion des problématiques du CTF et de l'intention de quitter.</p>	<p>Article 1</p> <p>« Recension des écrits »</p> <p>La littérature a permis de souligner l'effet des exigences et des ressources sur le CTF. Plus un individu a de fortes exigences en emploi, plus il ressent un haut degré de CTF. Plus un individu a des ressources à sa disposition, moins il ressent de CTF;</p> <p>La littérature stipule qu'un déséquilibre entre les ressources et les exigences en emploi amène plusieurs conséquences néfaste sur l'individu dont l'intention de quitter.</p>	<p>Article 1</p> <p>« Recension des écrits »</p> <p>La proposition d'un nouveau modèle pour mieux comprendre le phénomène de l'intention de quitter des omnipraticiens. Un modèle propre à la rétention des médecins semblait absent de la littérature.</p>
<p>2. Vérifier le rôle du CTF dans les relations entre les exigences et les ressources au travail avec l'engagement et l'épuisement.</p>	<p>Article 1</p> <p>« Recension des écrits »</p> <p>La littérature sur le modèle JD-R a permis de constater qu'il était pertinent d'investiguer les liens entre les construits « exigences » et « ressources » au travail de ce modèle, le CTF étant une variable médiatrice entre les deux variables de base (exigences et ressources) et l'engagement et l'épuisement. Les individus ressentiraient d'abord un conflit travail-famille, avant de voir leur engagement et leur épuisement</p>	<p>Article 2</p> <p>« Modèle intégrateur »</p> <p>Le CTF serait non seulement important pour expliquer l'intention de quitter des médecins, mais il ressort qu'en considérant le CTF, la satisfaction des exigences au travail n'a pas d'effet direct sur l'épuisement et l'engagement tel que stipulé dans le modèle</p>

	<p>affectés par le manque de ressources ou de fortes exigences en emploi.</p> <p>Article 2</p> <p>« Modèle intégrateur »</p> <p>La modélisation par équations structurelles a permis de valider l'importance de la variable CTF dans le modèle perfectionné.</p>	<p>JD-R; l'effet structurel chemine d'abord par le CTF, avant de cheminer vers les deux autres phénomènes.</p>
<p>3. Appliquer le nouveau modèle proposé (Conflit Exigences-Ressources ou CE-R) à une population d'omnipraticiens pour le valider.</p>	<p>Article 2</p> <p>« Modèle intégrateur »</p> <p>Il s'est avéré que la satisfaction face aux exigences au travail n'avait pas d'effet directement sur l'engagement ou l'épuisement, mais que ces effets cheminaient d'abord à travers le CTF, avant de cheminer vers l'épuisement et l'engagement. La satisfaction face aux ressources au travail a, comme prévu, eu des effets significatifs et directs sur le CTF, l'engagement et l'épuisement. De plus, les analyses ont permis de corroborer les études sur le modèle JD-R qui stipulent que la satisfaction face aux ressources jouait un rôle direct sur l'intention de quitter.</p>	<p>Article 2</p> <p>« Modèle intégrateur »</p> <p>Enrichissement de la compréhension de l'intention de quitter des médecins avec des données recueillies auprès de 1069 omnipraticiens sur le sujet. Le modèle théorique CE-R est maintenant perfectionné par la validation du modèle auprès de 1069 omipraticiens. Ces analyses auprès d'une population d'omnipraticiens corroborent que ce nouveau modèle proposé s'applique bien à cette population.</p>

4. Évaluer les déterminants individuels et organisationnels de l'intention de quitter l'emploi des omnipraticiens à l'aide d'une typologie construite à partir de deux dimensions (CTF et la satisfaction à l'égard des ressources au travail).

Article 3

« Typologie »

Les résultats suggèrent que l'épuisement, le lieu de pratique et avoir des enfants à charge diminuent de façon significative la probabilité de se retrouver dans le groupe étalon. Deux autres variables sont associées de manière significative et positive au profil de médecins *stables* : la satisfaction face aux exigences au travail et l'âge. Tel que prédit, le genre et le statut marital se sont avérés non significatifs dans le modèle. Au contraire, les résultats suggèrent que l'engagement au travail n'est pas significativement associé à la probabilité de se retrouver dans le groupe des *stables* plutôt que dans les trois autres profils. En prenant d'abord une orientation d'implications managériales pour augmenter la satisfaction face aux ressources au travail et une diminution du CTF ressenti par les médecins, les pistes de solutions doivent ensuite s'orienter vers la prévention de l'épuisement et l'augmentation de la satisfaction face aux exigences au travail. De plus, une attention particulière doit se porter vers les besoins des médecins en centre universitaire, ceux en bas âge et ceux ayant des enfants à charge.

Article 3

« Typologie »

Proposition d'une typologie sur l'intention de quitter des omnipraticiens pour mieux cerner l'impact de différentes caractéristiques personnelles et professionnelles sur ce phénomène. Une typologie spécifique pour expliquer l'intention de quitter des médecins semblait absente de la littérature.

6.2. Pistes de solutions et implications managériales

Les résultats de cette thèse mènent à des pistes de solutions et à des implications managériales importantes. Si le système de santé veut miser sur les employés de première ligne pour diminuer les attentes aux urgences, il est important de renforcer ou de penser à la réorganisation du travail des omnipraticiens par l'exploration de nouvelles façons de travailler. En combinant les résultats des deux études empiriques (articles 2 et 3) et leurs implications managériales, il est possible de résumer les pistes de solutions en quatre points principaux :

- 1) *Ressources au travail* : L'amélioration des ressources pour accroître la satisfaction des omnipraticiens est importante pour les maintenir en emploi. Dans la pratique, cela pourrait se concrétiser par une amélioration de la disponibilité des infirmières ou du personnel non infirmier (ex : nutritionniste,) afin d'aider les omnipraticiens dans leurs interventions auprès des patients. Ces ressources viendraient alléger le travail des médecins, les rendant davantage disponibles pour les cas nécessitant spécifiquement l'expertise d'un médecin. Une autre piste de solution serait de revoir le mode de rémunération des omnipraticiens. Actuellement, lorsqu'ils pratiquent en clinique privée, ils sont souvent rémunérés à l'acte. Voir un grand nombre de patients est donc plus lucratif pour eux et donc plus motivant que de voir des malades chroniques qui demandent beaucoup de temps à l'intérieur d'une journée déjà très remplie. Le manque de temps et le manque de motivation pécuniaire font que les omnipraticiens réfèrent souvent les malades chroniques vers les hôpitaux. Cela s'avère être un problème grandissant chez une population vieillissante comme c'est le cas au Québec. Il faudrait penser à favoriser davantage la rémunération par capitation afin d'encourager les médecins à prendre en charge des malades chroniques et ainsi désengorger les urgences.
- 2) *Exigences au travail* : Les individus qui choisissent la profession de médecin s'attendent probablement à avoir de fortes exigences en emploi tel qu'il leur a été véhiculé lors de leur formation. Par contre, il est important de souligner qu'une amélioration de la satisfaction face aux exigences en emploi rend meilleur leur désir de rester en poste. Dans le milieu médical, un effort devrait être fait pour

diminuer la bureaucratie administrative des omnipraticiens et pour continuer l'informatisation des dossiers des patients. Cette informatisation améliorera la tenue des dossiers et facilitera le transfert de ceux-ci vers les spécialistes. Le gouvernement devrait mettre en priorité l'efficacité du processus d'informatisation actuel (Dossier Santé Québec) dans le but de régler les délais d'implantation qui sévissent actuellement. De plus, le système devrait pouvoir inclure davantage de données sur le patient telles que : les antécédents familiaux, les traitements reçus en cliniques externes, les chirurgies ou autres interventions reçues dans le passé (ils ne sont pas dans la mire de Dossier Santé Québec actuellement). De plus, ce type de dossier pourrait faciliter une deuxième piste de solutions en ce qui a trait aux exigences : une diminution dans la fréquence des examens dit « annuels ». Si une certaine tranche d'âge (par ex. : 20 à 40 ans) pouvait avoir un examen complet aux deux ans au lieu de l'avoir annuellement, de façon automatique, cela allégerait le travail des omnipraticiens créant, du même coup, des disponibilités pour les urgences ou pour la prise en charge de nouveaux patients.

- 3) *Conflit travail-famille* : L'instauration des améliorations au niveau des exigences et des ressources au travail ferait diminuer le conflit travail-famille. Une amélioration dans l'organisation du travail pourrait aussi venir aider directement ce phénomène : réviser ou enlever le plan des « Activités Médicales Particulières » (AMP). Les médecins pourraient alors avoir le choix de leur type de pratique. Il est possible de croire qu'ils choisiraient une pratique qui s'harmonise bien avec leur vie familiale. Cela pourrait également répondre aux besoins des plus jeunes médecins ainsi que de ceux qui ont des enfants et qui sont plus enclins à vouloir quitter.
- 4) *Épuisement* : Le gouvernement a déjà en place un « Programme d'Aide aux Médecins du Québec » (PAMQ) qui est présent sur le terrain. Nous suggérons de continuer à promouvoir cette ressource en incitant les médecins à consulter en cas de besoin pour les aider à surmonter leur épuisement. Cette promotion du PAMQ peut se faire sous forme d'annonces dans les journaux médicaux, par courriels ou

encore par capsules vidéo lors de présentations médicales ou de formations continues.

Il est important de souligner que les recommandations sur les ressources et les exigences au travail auront des répercussions sur le CTF et l'épuisement et, ultimement, sur l'intention de quitter.

6.3. Limites et pistes pour futures recherches

Cette étude comporte certaines limitations que des recherches futures devraient essayer de surmonter. Tout d'abord, bien que cette étude repose sur l'analyse d'un important échantillon ainsi que sur des outils analytiques puissants, elle est limitée à une seule période de temps. Les résultats pourraient être améliorés et plus robustes à l'aide de données longitudinales.

Deuxièmement, cette thèse s'appuie sur deux nouveaux instruments pour mesurer les ressources et les exigences au travail propres à la situation professionnelle des omnipraticiens et cela constitue une limite en soi. Ces deux instruments, issus des résultats d'un groupe de discussion et utilisés à grande échelle pour la première fois dans cette thèse, pourraient être développés davantage au plan psychométrique dans le cadre d'études futures et pourraient être testés dans une étude longitudinale afin de vérifier leur potentiel pour prédire l'intention de quitter des omnipraticiens à plus long terme. Par ailleurs, les caractéristiques psychométriques à l'aide de la vérification de l'unidimensionnalité, la consistance interne et l'analyse factorielle confirmatoire suggèrent que pour les fins de cette thèse, les échelles étaient adéquates. Par ailleurs, l'utilisation d'instruments adaptés à chaque type d'emploi est en concordance avec la recommandation de certains auteurs influents dans ce domaine (Bakker, 2007; Nielsen et al., 2013). Dans le contexte de cette thèse, la recommandation de faire émerger les ressources et les exigences de la population à l'étude a été suivie; par contre, il pourrait s'avérer pertinent, dans une recherche future, de rencontrer à nouveau les médecins et tenter de faire ressortir d'autres ressources et exigences de leur travail pour permettre de créer des instruments de mesure plus exhaustifs et plus représentatifs de la réalité du travail des médecins. Aucun prétest n'a été effectué auprès des omnipraticiens avec ces deux instruments, ce qui constitue une limite en soi. De plus, ces instruments ont été construits auprès de médecins résidents. Leur réalité peut différer de celle des omnipraticiens. Même

si les analyses démontrent un coefficient de consistance interne acceptable, il est fort possible que d'autres ressources et exigences influencent l'intention de quitter des médecins. Étant donné que des recherches montrent que la satisfaction au travail des résidents et des médecins diffèrent (Stevens, Philipsen et Diedericks, 1992), on pourrait penser que certaines exigences et ressources pourraient également différer. Par exemple, dans l'échantillon de cette thèse, 95 % des omnipraticiens de la province de Québec, travaillaient en moyenne entre 44.23 et 45.71 heures par semaine. En comparaison, 83% des médecins résidents en médecine familiale rapportent travailler entre 60 à 80 heures par semaine pendant leur résidence (Vincent, & Coburn, 2011). Une étude qualitative auprès d'un plus grand groupe d'omnipraticiens pourrait venir pallier à cette limite pour des recherches futures et ainsi faire ressortir de nouvelles ressources ou exigences spécifiques à cette population.

Troisièmement, cette étude a été effectuée auprès d'une population d'omnipraticiens provenant d'une seule province. Par conséquent, les exigences au travail, les ressources au travail et le lieu de pratique dérivés de nos résultats doivent être interprétés dans le contexte de leur réalité. Par exemple, seuls les médecins de l'Ontario et de la Saskatchewan sont influencés par le salaire lorsque vient de temps de choisir la province pour leur pratique médicale (Rajbhandary, & Kisalaya, 2006). Cette même étude révèle que les médecins qui ne parlent que le français ont 66% moins de risque de changer de province pour leur pratique et les immigrants ont 33% plus de risque de vouloir quitter leur emploi pour migrer vers une autre province. En ce qui concerne les médecins qui migrent vers les États-Unis, une étude identifie le *produit intérieur brut par habitant (PIB)* du pays d'origine de médecin comme étant négativement associée à déménager sa pratique aux États-Unis. La proximité est par ailleurs positivement reliée à effectuer ce changement (Hussey, 2007). Alors que les médecins de pays sous-développés vont être attirés à effectuer leur pratique par des pays qui offrent de bons salaires, un meilleur accès à la technologie, une atmosphère générale de sécurité et stabilité et une meilleure vie pour leurs enfants (Astor, Akhtar, Matallana, Muthuswamy, Olowu, Tallo, & Lie, 2005).

Quatrièmement, suivant la littérature, cette thèse a utilisé le concept du conflit travail-famille dans une seule direction (Aryee & Luk, 1996; Parasuraman, Greenberg, Rabinowitz, Bedelan, & Mossholder, 1989; William, 1994). Le concept du conflit famille-travail n'a donc pas été mesuré étant donné qu'il s'agit de deux types de conflit distincts (Boyar et al.,

2003). Une recherche future pourrait pallier à cette limite et inclure les deux types de conflits. Il s'agit d'un travail qui dépasse les ambitions de cette thèse. Par contre, cet ajout permettrait de comprendre l'impact de la vie personnelle des médecins sur leur travail, c'est-à-dire l'impact des exigences familiales sur l'exposition aux risques psychosociaux au travail. À ce niveau, il faudrait alors ajouter les exigences et les ressources au travail en plus du modèle JD-R de base. Des chercheurs (Boyar et al., 2003) ont mesuré les deux types de conflits (Travail → Famille et Famille → Travail) et les résultats de leurs études montrent que ces deux types de conflits sont distincts, même s'ils se montrent parfois assez corrélés. Leurs résultats montrent entre autres que le CTF ressenti par les participants se situe à un niveau plus élevé que celui du CFT (Simon et al., 2004). Plusieurs chercheurs ayant opté pour une perspective bidirectionnelle de ce conflit ont obtenu des résultats à l'effet que le CTF était plus fortement corrélé avec des variables en lien avec le travail, ce qui s'avère plus pertinent pour la présente étude (par ex. : l'intention de quitter la profession, le nombre d'heures travaillées, le nombre d'heures travaillées en temps supplémentaire, la demande quantitative de travail, la demande émotionnelle, quitter la journée de travail plus tôt), et se manifestait de manière plus prononcée chez les participants que le CFT (Boyar, Maertz, & Pearson, 2005; Simon et al., 2004). Une recherche de St-Onge, Renaud, Guérin, et Causignac (2002) a également permis de constater que la satisfaction à l'égard de la vie en général comme variable dépendante s'avérait significativement influencée par un seul des deux types de conflit étudiés (CTF et CFT), soit le conflit « travail → famille ». Pour être conséquent avec le modèle JD-R de base, cette thèse n'a pas pris en compte les exigences et les ressources au niveau familial. Par contre, il serait intéressant de tester l'influence d'autres variables, notamment sur le conflit travail-famille, car seules les variables concernant le travail ont été incluses dans ce modèle alors que dans les faits, la situation admet un degré de complexité plus grand, ce conflit étant généré à la fois par le travail ET la famille. Il pourrait être utile de tester empiriquement la relation des variables concernant les exigences et les ressources familiales de manière à enrichir le modèle. Par contre, cela pourrait être un sujet intéressant pour une recherche future.

Cinquièmement, le construit utilisé pour mesurer l'intention de quitter n'a pas été utilisé ou validé dans de nombreuses recherches antérieures. La nature de l'intention de quitter ayant été utilisé au sens large dans ce construit pourrait être davantage développé pour

assurer qu'il reflète correctement la nature réelle de l'intention de quitter choisie lors de recherches futures. En ce qui a trait à la littérature sur le roulement du personnel, il y a certaines incohérences qui semblent attribuables à des incertitudes concernant la définition et les instruments de mesure (Cavanagh, 1989). Alors que les définitions se sont précisées avec les années, la littérature ne semble toujours pas relever de consensus concernant les instruments de mesure utilisés lors des recherches sur le sujet. En considérant le milieu de travail d'un médecin comme étant son organisation, le construit de l'intention de quitter dans cette thèse se veut plutôt extra-organisationnel. Les cinq items du construit indiquent que les médecins quittent l'emploi qu'ils occupent actuellement. Ce construit est général et touche cinq différentes façons pour un omnipraticien de quitter son emploi. Des analyses statistiques de chacun des cinq items de l'instrument sur l'intention de quitter pour cette thèse permettraient de mieux comprendre le déplacement des médecins lorsqu'ils désirent quitter un emploi. Est-ce qu'ils désirent quitter pour une autre région ou plutôt se désengager de la RAMQ par exemple? Des analyses pourraient être faites pour comprendre les différences entre les 5 façons distinctes de quitter leur emploi (changer d'endroit géographiquement, quitter la médecine pour faire autre chose, changer de milieu de travail, changer de concentration et pratiquer en clinique privée et être désengagé de la RAMQ). Finalement, cet article se limite à vérifier la performance du modèle CE-R dans son ensemble. Étant donné que les variables médiatrices renvoient à des mécanismes processuels qui expliquent l'impact du milieu de travail sur la santé des individus, un modèle avec des variables médiatrices a été retenu pour cette thèse afin de mieux comprendre le processus de stress qui mène les médecins vers une intention de quitter. Dans cette présente étude, les variables médiatrices aideraient à mieux comprendre les impacts du déséquilibre entre de fortes exigences et le peu de ressources, exposant les médecins à des risques psychosociaux. Étant donné que l'objectif principal de cette thèse est de proposer et de valider un modèle intégrateur avec six différents concepts, les différents effets modérateurs n'ont pas été pris en compte. L'idée principale étant que les effets de différents stimuli sur les comportements des médecins sont médiés par différents processus de transformation à l'intérieur du modèle proposé (CE-R). Alors que les variables modératrices expliquent « quand » certains effets se tiendront, les variables médiatrices expliquent plutôt ces effets en terme de « comment » et de « pourquoi » (Baron & Kenny, 1986) et c'est justement l'essence même de ce que nous tentons de comprendre

avec les médecins; c'est-à-dire à tenter de comprendre pourquoi ils veulent quitter ou comment s'explique le processus de vouloir quitter leur emploi. Par contre, d'autres recherches pourraient vérifier, entre autres, la présence d'effets modérateurs des ressources au travail sur de fortes exigences en emploi. Ceci pourrait valider le lien modérateur entre les ressources et les exigences explorées dans le cadre de d'autres recherches sur le JD-R (Bakker & Demerouti, 2007; Xanthopoulou et al., 2007).

Les résultats de cette recherche pourraient être approfondis de diverses manières lors de recherches futures. Afin d'explorer davantage le sujet de l'intention de quitter des médecins, il serait utile, dans le cadre de recherches futures, de visiter à nouveau le terrain de recherche afin d'y effectuer des entrevues complémentaires auprès des omnipraticiens qui permettront d'approfondir les sujets abordés dans cette thèse : ressources au travail, exigences au travail, engagement au travail, épuisement, conflit travail-famille et intention de quitter afin d'identifier des pistes de solutions adaptées aux réalités du travail des médecins. Une étude qualitative permettrait de mieux comprendre les implications du CTF et la situation des ressources au travail et ainsi orienter de façon plus ajustée les pistes de solutions.

Il serait également intéressant d'approfondir le sujet de la différence entre les groupes d'âge au niveau de l'intention de quitter. Les chercheurs soulignent que les différents groupes d'âge ont des caractéristiques propres à elles et ont des besoins différents au travail (Kowske, Rasch et Wiley, 2010). Il n'est donc pas étonnant que les médecins des différents groupes d'âge soient différents au niveau de leur intention de quitter. Deal (2007) a étudié un ensemble de travailleurs de différents groupes d'âge. Il remarque, à partir de ces résultats, une importante croissance quant à la place du plaisir et du bonheur au travail. Toujours en termes de valeur, Chen et Choi (2007) avancent que les travailleurs nés avant 1965 préféreraient la croissance personnelle plus que les travailleurs plus jeunes, tandis que les travailleurs nés après 1980 prioriseraient la qualité de l'environnement de travail plus que leurs pairs. Par contre, une autre étude des mêmes auteurs (2007) ajoute que l'ensemble des travailleurs apprécie le confort, la sécurité et la croissance professionnelle. Incitatifs qui selon Sverke, Hellgren et Naswall (2002), sont positivement reliés à la satisfaction et la performance au travail et négativement reliés à l'intention de quitter. Un enrichissement des pistes de solutions pourrait se faire dans une recherche future à l'aide d'une méthodologie qualitative auprès des omnipraticiens. Des questionnements auprès des omnipraticiens qui

ont moins de 32 ans, ceux ayant des enfants à charge et ceux travaillant en centre universitaire pourraient être utilisés pour tenter de mieux comprendre la dynamique entourant leur conflit travail-famille et leur satisfaction par rapport aux ressources. Cette démarche pourrait également servir aux omnipraticiens à exprimer leurs suggestions quant aux solutions pour faire diminuer leur CTF, augmenter leur satisfaction face aux ressources actuelles et ultimement diminuer leur intention de quitter. Ces suggestions pourraient servir de pistes de solutions auprès des décideurs.

Enfin, la typologie proposée dans cette thèse, décrivant quatre groupes par rapport à leur intention de quitter, pourrait servir de fondement à des recherches ultérieures portant sur la rétention et menées auprès d'autres populations.

Cette thèse de doctorat arrive à cerner adéquatement la problématique de l'intention de quitter des médecins de deux manières : en effectuant, d'abord, une recension des écrits sur ce sujet et en intégrant, ensuite, le conflit travail-famille et l'intention de quitter dans le modèle de base JD-R. C'est en proposant un nouveau modèle (CE-R) et en le validant auprès d'un échantillon de 1069 omnipraticiens que cette thèse apporte sa plus importante contribution théorique. De plus, en proposant une typologie sur l'intention de quitter des omnipraticiens, cette thèse enrichit, à l'aide d'une nouvelle perspective, la théorie existante ainsi que la méthodologie pour mieux comprendre les variables explicatives de l'intention de quitter des médecins.

Bibliographie

- Abastado, M.-F. (D'après un reportage) (2012). Médecins de famille : les jeunes omnipraticiens désapprouvent le remède de la CAQ, Radio-Canada dans le cadre d'Élections Québec 2012, 22 août 2012.
- Adam, S., Gyorffy, Z., & Susanszky, E. (2008). Physician burnout in Hungary: A potential role for work-family conflict. *Journal of Health Psychology, 13*(7), 847-856. doi: [10.1177/1359105308095055](https://doi.org/10.1177/1359105308095055).
- Adams, G. A., King, L. A., & King, D. W. (1996). Relationship of job and family involvement, family social support, and work-family conflict with job and life satisfaction. *Journal of Applied Psychology, 81*(4), 411.
- Adkins, C. L., & Premeaux, S. F. (2012). Spending time: The impact of hours worked on work-family conflict. *Journal of Vocational Behavior, 80*(2).
- Agarwal, U. A., Datta, S., & Blake-Beard, S. (2011). Linking LMX, innovative work Behaviour and turnover intentions: The mediating role of work engagement. *Career Development International, 17*(3), 208-230. doi: 10.1108/13620431211241063
- Ahire, S. L., & Devaray, S. (2001). An empirical comparison of statistical construct validation approaches. *Transactions on Engineering Management, 48*(3), 319-329.
- Ahuja, M. K., Chudoba, K. A. & Kacmar, C. J. (2007). IT road warriors: Balancing work-family conflict, job autonomy, and work overload to mitigate turnover intentions. *MIS Quarterly, 31*(1), 1-17.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., & Sloane, D. M. (2002a). Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings. *Nurs. Outlook 50*, 187-194.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002b). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Journal of American Medicine Association, 288*(16), 1987-1993.
- Ajzen, I., Fishbein, M. (1975). Bayesian analysis of attribution process. *Psychological Bulletin, 82* (2), 261-277.
- Akintayo, D. I. (2010). Influence of emotional intelligence on work-family role conflict

- management and reduction in withdrawal intentions of workers in private organizations. *The International Business & Economics Research Journal*, 9(12), 131-141.
- Aldwin, C. M. (2000). *Stress, coping, and development : An integrative perspective*. New York, NY: The Guilford Press.
- Alexander, J. A., Lichtenstein, R., Oh, H. J., & Ullman, E. (1998). A causal model of voluntary turnover among nursing personnel in long-term psychiatric settings. *Res. Nurs. Health*, 21 (5), 415-427.
- Allen, D. G. (2006). Do organizational socialization tactics influence newcomer embeddedness and turnover? *Journal of Management*, 32, 237-257.
- Allen, T .D., Herst, D .E.L., Bruck, C. S., Sutton, M . (2000). Consequences associated with work-to family conflict: A review and agenda for future research. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5 (2), 278-308.
- Althaus, V., Kop, J.L., Grosjean, V, & (2013). Critical review of theoretical models linking work environment, stress and health: towards a meta-model. *Le travail humain*, 76(2), 81-103.
- American Medical Group Association (AMGA). Amga.org.
- Anderson, J., & Gerbing, D. W. (1988). Structural equation modeling in practice: A review and recommended two-step approach. *Psychological Bulletin*, 103, 411-23.
- Arndt, A., Arnold, T., & Landry, T. D. (2006). The effect of polychronic-orientation upon retail employee satisfaction and turnover. *Journal of retailing*, 82(4), 319-330.
- Arnetz, B. B. (1997). Physicians view of their work environment and organization. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 66(3), 155-162.
- Arnold H. J., & Feldman D. C. (1982). A multivariate analysis of the determinants of job turnover. *Journal of Applied Psychology*, 67, 350-360.
- Aronsson G., Astvik W., & Thulin A. B. (1998). Home-care workers: work conditions and occupational exclusion: A comparison between carers on early-retirement and regular pensions. *Home Health Care Service Quarterly*, 17, 71-91.
- Aronsson, G., Gustafsson, K., & Dallner, M. (2000). Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54, 502-509.

- Aryee, S., & Luk, V. (1996). Work and nonwork influence on the career satisfaction of dual earner couples. *Journal of Vocational Behavior*, 49, 38-52.
- Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux (2010). Présentation du projet de l'Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux (AAPML). 2010 (3 septembre).
- <http://www.aapml.fr/index2.php?m=2&page=96&PHPSESSID=b3af775429866a633fc481f51d451fc3>.
- Association médicale canadienne (2004). Créer une culture de la médecine plus saine – Rapport de la Conférence internationale 2004 sur la santé des médecins. 16 p.
- Association médicale canadienne. (2003). Guide de l'AMC sur la santé et le mieux-être des médecins - Faits, conseils et ressources pour les médecins du Canada. 39 p.
- Astor, A., Akhtar, T., Matallana, M. A., Muthuswamy, V. , Olowu, F.A., Tallo, V., Lie, R.K. (2005). Physician migration: Views from professionals in Colombia, Nigeria, India, Pakistan and the Philippines. *Social Science & Medicine*, 61, 2492-2500. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.05.003
- Aziz, A. Y. (2004). Sources of perceived stress among American medical doctors: A cross-cultural perspective. *Cross Cultural Management*, 11(4), 11.
- Bacharach, S. B., Bamberger, P., & Conley, S. (1991). Work-home conflict among nurses and engineers: Mediating the impact of role stress on burnout and satisfaction at work. *Journal of Organizational Behavior*, 12, 39-53.
- Bakker, A. B., Brummelhuis, L. L., Prins, J. T., & van der Heijden, F. M. (2011). Applying the job demands-resources model to the work-home interface: A study among medical residents and their partners. *Journal of Vocational Behavior*, 79, 170-180.
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. Y. (2007). The job demands-resources model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309.
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. Y. (2008a). Towards a model of work engagement. *Career Development International*, 13(3), 209-223.
- <http://dx.doi.org/10.1108/13620430810870476>
- Bakker, A. B., Demerouti, E. Y., & Burke, R. (2009). Workaholism and relationship quality: A splitover-crossover perspective. *Journal of Occupational Health Psychology*, 14, 10.

- Bakker, A. B., Demerouti, E. Y., De Boer, E., & Schaufeli, W. B. (2003a). Job demands and job resources as predictors of absence duration and frequency. *Journal of Vocational Behavior*, *62*, 341-356.
- Bakker, A. B., Demerouti, E. Y., & Dollard, M. F. (2008b). How job demands affect partners' experience of exhaustion: Integrating work-family conflict and crossover theory. *Journal of Applied Psychology*, *93*(4), 901.
- Bakker, A. B., Demerouti, E. Y., & Verbeke, W. (2004). Using the job demands-resources model to predict burnout and performance. *Human Resource Management*, *43*, 83-104.
- Bakker, A. B., Van Veldhoven, M., & Xanthopoulos, D. (2003b). Beyond the demand-control model: Thriving on high job demands and resources. *Journal of Personnel Psychology*, *9*(1), 3-16. doi: [10.1027/1866-5888/a000006](https://doi.org/10.1027/1866-5888/a000006)
- Bakker, A. B., Demerouti, E., Sanz-Vergel, A. I. (2014). Burnout and Work Engagement: The JD–R Approach. *The Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, *1*, 389-411. doi: 10.1146/annurev-orgpsych-031413-091235
- Bakker, A. B., Demerouti, E. Y., & Schaufeli, W. B. (2005). The crossover of burnout and work engagement among working couples. *Human Relations*, *58*(5), 661-689.
- Bakker, A. B., Schaufeli, W. B., Sixma, H., Bosveld, W. & Van Dierendonck, D. (2000). Patient demands, lack of reciprocity, and burnout: a five-year longitudinal study among general practitioners, *Journal of Organizational Behavior*, *21*, 425-41.
- Baltagi, B. H., Bratberg, E., & Holmas, T. H. (2005). A panel data study of physicians' labor supply: the case of Norway. *Health Economics*, *14*, 1035-45.
- Baron, R. M., Kenny, D. A. . (1986). The Moderator-Mediator Variable Distinction in Social Psychological Research: Conceptual, Strategic, and Statistical Considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, *51*(6), 1173-1182.
- Barrick, M. R., & Zimmerman, R. D. (2005). Reducing voluntary turnover, avoidable turnover through selection. *Journal of Applied Psychology*, *90*, 159-166.
- Bartlett, D. (1998). *Stress: perspectives and processes*. Buckingham: Open University Press.
- Becker, G. S. (1985). Human capital, effort and the sexual division of labor. *Journal of Labor Economics*, *3*, 35-58.

- Barush, Y., & Holtom, B. C. (2008). Survey response rate levels and trends in organizational research. *Human Relations*, 61(8), 1139-1160. doi: 10.1177/0018726708094863
- Bedeian, A. G., Burke, B. G., & Moffett, R. G. (1988). Outcomes of work-family conflict among married male and female professionals. *Journal of Management*, 14, 475-491.
- Beehr, T. A. (1995). *Psychological stress in the workplace*. New York, NY: Routledge.
- Beehr, T. A., Taber T. D. & Walsh, J. T. (1980). Perceived Mobility Channels: Criteria for Intraorganizational Job Mobility. *Organizational Behavior and Human Performance*, 26, 250-264.
- Bélaïr-Cirino, M. (2010). Sondage Senergis - Le Devoir - La santé, priorité des Québécois : L'environnement préoccupe trois fois moins la population qu'il y a deux ans, Le Devoir, 28 décembre.
- Bennett, J., & O'Donovan, D. (2001). Substance misuse by doctors, nurses and other healthcare workers. *Current Opinion in Psychiatry*, 14(3), 195-199.
- Bentein, K., Vandenberg, R., Vandenberghe, C., & Stinglhamber, F. (2005). The role of Change in the relationship between commitment and turnover: A latent growth modeling approach. *Journal of Applied Psychology*, 90, 468-482.
- Bentler, P. M. (1995). *EQS structural equations program manual*. Encico, Ca: Multivariate Software, Inc.
- Bertges Yost, W., Eshelman, A., Raoufi, M., & Abouljoud, M. S. (2005). A national study of burnout among american transplant surgeons. *Transplantation Proceedings*, 37, 1399-1401.
- Bertrand, F., Martinez, P., Thiercelin, D., Fournier, J.-P., Van Elslande, L., ... Romankiewicz, A. (2000). Charge de travail des médecins des urgences : problème quantitatif ou qualitatif ? De la sérénité du médecin des urgences. *Réanimation Urgences*, 9, 492-497.
- Bertrand, F., Peters, S., Pérée, F., & Hansez, I. (2010). Facteurs d'insatisfaction incitant au départ et intention de quitter le travail : Analyse comparative des groupes d'âges. *Le travail humain*, 73, 213-237. doi: 10.3917/th.733.0213
- Beutell, N. J., & Witting-Berman, U. (1999). Predictors of work-family conflict and satisfaction with family, job, career, and life. *Psychological Report*, 85, 893-903.

- Biron, C., Brun, J.-P., & Ivers, H. (2006). At work but ill: Psychosocial work environment and wellbeing determinants of presenteeism propensity. *Journal of Public Mental Health*, 5(4), 26-37.
- Bluedorn, A. (1978). A taxonomy of turnover. *Academy of Management Journal*, 3, 647-651.
- Bolino, M. C., Turnley, W. H., Gilstrap, J. B., & Suazo, M. M. (2010). Citizenship under pressure: What's a "good soldier" to do? *Journal of Organizational Behavior*, 31, 835-855. doi:10.1002/job.635
- Bollen, K. A., & Long, J. S. (1993). *Testing structural equation models*. Newbury Park (US): Sage Focus Edition.
- Bonnières, A., Estryng-Béhar, M., & Laussaunière, J.- M. (2010). Déterminants de la satisfaction professionnelle des médecins et infirmières de soins palliatifs. *Médecine palliative*, 9(4), 167-176.
- Bonter, K., Desjardins, C., Currier, N., Pun, J., & Ashbury, F.D. (2011). Personalised medicine in Canada, a survey of adoption and practice in oncology, cardiology and family medicine. *British Medical Journal*, 1(1), 1-7. doi:10.1136/bmjopen-2011-000110.
- Boshoff, C., & Mels, G. (2000). The impact of multiple commitments on intentions to resign : an empirical assessment. *British Journal of Management*, 11(3), 255-272.
- Boswell, W. R., Boudreau, J. W., & Tichy, J. (2005). The relationship between employee job change and job satisfaction: The honeymoon-hangover effect. *Journal of Applied Psychology*, 90, 882-892.
- Boswell, W. R., Zimmerman, R.D. & Swider, B. W. (2012). Employee Job Search: Toward an Understanding of Search Context and Search Objectives. *Journal of Management*, 38 (1), 129-163.
- Bouwkamp-Memmer, J. C., Whiston, S. C., & Hartung, P. H. (2013). Work values and job satisfaction of family physicians. *Journal of Vocational Behavior*, 82, 248-255. doi:10.1016/j.jvb.2013.02.001
- Boyar, S. L., Maertz, C. P., & Pearson, A. (2005). The effects of work-family conflict and family-work conflict on non-attendance behaviors. *Journal of business Research*, 58, 919-925.

- Boyar, S., Maertz, C. P., Pearson, A. W., & Keough, S. (2003). Work-family conflict: A model of linkages between work and family domain variables and turnover intentions. *Journal of Managerial Issues, 15*(2), 175.
- Brewer, C. S., Kovner, C. T., Greene, W., & Cheng, Y. (2009). Predictors of RNs' intent to work and work decisions 1 year later in a U.S. national sample. *International Journal of Nursing Studies, 46*, 940-956. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2008.02.003
- Brewer, C. S., Kovner, C. T., Wu, Y., Greene, W., Liu, Y., & Reimers, C. W., (2008). Factors influencing female registered nurses' work behavior. *Health Services Resources. 41*, 860-866.
- Brief, A. P., Schuler, R. S., & Van Sell, M. (1981). *Managing job stress*. Boston : Little Brown.
- Briner, R., & Reynolds, S. (1999). The costs, benefits, and limitations of organizational level stress interventions. *Journal of Organizational behavior, 20*(5), 647-664.
- Brodeur, M. P. Valois, Dussault, M., & Villeneuve, P. (1999). Validation d'un questionnaire sur les croyances et les pratiques des enseignants de la maternelle à propos d'habiletés métaphonologiques. *Revue canadienne de l'éducation, 24*(1), 17-29.
- Brough, P., O'Driscoll, M. P., & Kalliath, T. J. (2005). The ability of "family friendly" organizational resources to predict work-family conflict and job and family satisfaction. *Stress and Health, 21*(4), 223-234.
- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1992). Alternative ways of assessing model fit. *Sociological Methods and Research, 21*(2), 230-258.
- Bruck, C., Allen, D., & Spector, P. (2002). The relation between work-family conflict and job satisfaction: A finer-grained analysis. *Journal of Vocational Behaviour, 60*, 336-353.
- Bultmann U., Kant, I. J., & van den Brandt, P.A. (2002). Psychosocial work characteristics as Risk factors for the onset of fatigue and psychological distress: prospective results from the Maastricht Cohort Study. *Psychological Medicine, 32*, 333-345.
- Burke, R. J. (1988). Some antecedents and consequences of work-family conflict. *Journal of Social Behavior and Personality, 3*(4), 287-302.

- Burke, R. J. (2004). Work and family integration. *Equal Opportunities International*, 23(1), 1-5. [doi:10.1108/02610150410787828](https://doi.org/10.1108/02610150410787828).
- Burke, R. J., Weir, T., & Duwors, R. E. (1979). Type A behavior of administrators and wives' reports of marital satisfaction and well-being. *Journal of Applied Psychology*, 64, 57-65.
- Burke, R. J. (2006). Organizational culture: A key to the success of worklife integration. dans Jones, F., Burke, R.J., Westman M. (dir.), *Work-life Balance: A Psychological Perspective*, Psychology Press, 235-260.
- Burke, R. J., Weir, T., & Duwors, R. E. (1980). Perceived type A behavior of husbands and wives' satisfaction and well-being. *Journal of Occupational Behavior*, 1, 139-150.
- Byrne, B. M. (2006). *Structural equation modeling with EQS: Basic concepts, applications, and programming*. Ottawa, Canada: Lawrence Erlbaum Associates.
- Byron, K. (2005). A meta-analytic review of work-family conflict and its antecedents. *Journal of Vocational Behavior*, 67, 169-198.
- Calnan, M., Wainwright, D., Forsythe, M., Wall, B., & Almond, S. (2001). Mental health and stress in the workplace: the case of general practice in the UK. *Social Science and Medicine*, 52, 499-507.
- Camerino, D., Sandri, M., Sartori, S., Conway, P. M., Campanini, P., & Costa, G. (2010). Shiftwork, work-family conflict among Italian nurses, and prevention efficacy. *Chronobiology International*, 27(5), 1105-1123.
- Carlson, D.S., & Kacmar, K.M. (2000). Work-Family Conflict in the Organization : Do Life Role Values Make a Difference ?. *Journal of Management*, 26 (5), 1031-1054.
- Carter, M. R., & Tourangeau, A. E. (2012). Staying in nursing: what factors determine whether nurses intend to remain employed? *Journal of Advanced Nursing*, 68(7), 1589-1600. doi:10.1111/j.1365-2648.2012.05973.x
- Cavanagh, S. (1989). Nursing turnover: literature review and methodological critique. *Journal of Advanced Nursing*, 14, 587-596.
- Cavanagh, S., Coffin, D. (1992). Staff turnover among hospital nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 1369-1376.

- Cennamo, L., & Gardner, D. (2008). Generational Differences in Work Values, Outcomes and Person-Organisation Values Fit. *Journal of Managerial Psychology*, 23(8), 891-906.
- Chaminade, B. (2003). *Identifiez et fidélisez vos salariés de talent*. St-Denis, La Plaine : AFNOR.
- Chawla, D., & Sondhi, N. (2011). Assessing the role of organizational and personal factors In predicting turn-over intentions: A case of school teachers and BPO employees. *Decision*, 38(2), 5-35.
- Chen, P., & Choi, Y. (2007). Generational differences in work values: A study of hospitality management. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 20, 595–615.
- Cheung, G. W., & Rensvold, R. B. (2002). Evaluating goodness-of-fit indexes for testing measurement invariance. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 9(2), 233-255.
- Chiha, Y. A., & Link, C. R. (2003). The shortage of registered nurses and some new estimates of the effects of wages on registered nurses labor supply: a look at the past and a preview of the 21st century. *Health Policy*, 64(3), 349-375.
- Chouinard, T. (2014). Québec s'entend avec les deux fédérations de médecins. La Presse. 24 septembre 2014.
- Chrétien, L., Létourneau, I. & Lécine, M.-È. (2013). Harmonisation travail-vie personnelle : coffret pour les personnes en emploi. Québec : Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail de l'Université Laval.
- Chrétien, L., Létourneau, I. (2010). La conciliation travail -famille : au-delà des mesures à offrir, une culture à mettre en place. *Gestion* 35(3), 53-62.
- Conseils Départementaux 76 & 27 de l'Ordre des Médecins. (2008). Enquête sur la santé des médecins libéraux de Haute-Normandie - Résultats. Décembre, 16 p.
- Cooke, R. A., & Rousseau, D. M. (1984). Stress and strain from family roles and work-roles expectations. *Journal of Applied Psychology*, 69(2), 252-260.
- Coomber, B. & Barriball, K.L. (2007). Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses: a review of the research literature. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 297-31.

- Cooper, C. L., & Cartwright, S. (1997). An intervention strategy for workplace stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 43(1), 7-16.
- Cooper, C. L., Dewe, P. J., O'Driscoll, M. P. (2001). *Organizational Stress: A Review and Critique of Theory, Research, and Applications*. California: Sage Publications, Inc.
- Cordery, J. (1997). Reinventing work design theory and practice. *Australian Psychologist*, 32,185-190.
- Corey-Lisle, P., Tarzian, A. J., Cohen, M. Z., & Trinkoff, A. M. (1999). Health care reform: Its effects on nurses. *Journal of Nursing Administration*, 29(3), 30-37.
- Cotton, J. & Tuttle, J. (1986). Employee turnover: a meta analysis and review with implications for research. *Academy of Management Review*, 11, 55-70.
- Coupland, D. (1991). *Generation X: Tales for an Accelerated Culture*, New York, St. Martin's Press.
- Coverdale, J., Gale, C., Weeks, S., & Turbott, S. (2001). A survey of threats and violence acts by patients against training physicians. *Medical Education*, 35(2), 154-159.
- Cox, T., Griffiths, A. J., & Rial-Gonzalez, E. (2000). *Research on work-related stress*. Luxembourg: European Agency for Safety and Health at Work, 169 p.
- Craig, W. R. (2005). *The demographics and job satisfaction of physicians working in Canadian pediatric emergency departments*. M.Sc. MR08840, University of Manitoba (Canada), Canada.
- Crépeau, C. (2003). L'Association médicale canadienne veut aider les médecins victimes d'épuisement. *L'Actualité médicale*, 24, 8-9.
- Cruess, R. L., & Cruess, S. R. (2008). Expectations and obligations: Professionalism and medicine's social contract with society. *Perspectives in Biology and Medicine*, 51(4), 579-598.
- Cruess, R. L., & Cruess, S. R. (2011). Commentary: Professionalism, unionization, and physicians' strikes. *Academic Medicine*, 86(5), 548-551.
- Daoust-Boisvert, A. & Bélair-Cirino, M. (2014). Un médecin de famille pour tous d'ici 2016. *Le Devoir*, 18 mars 2014.
- Dastur, S. (2010). The job demands-resources models predicts engagement in frontline hospitality staff. University of London, King's College (United Kingdom), *UMI Dissertations Publishing*, U590742.

- Deal, J. (2007). *Retiring the generation gap: How employees young and old can find common ground*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., De Jonge, J., Janssen, P., & Schaufeli, W. B. (2001b). Burnout and engagement at work as a function of demands and control. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 27(4), 567-589.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2000). A model of burnout and life satisfaction among nurses. *Journal of Advance Nursing*, 32, 454-464.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001a). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499-512.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., & Schaufeli, W. B. (2005). Spillover and crossover of exhaustion and life satisfaction among dual-earner parents. *Journal of Vocational Behavior*, 67(2), 266-289.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Sonnentag, S., & Fullagar, C. J. (2012). Work-related flow and energy at work and at home: A study on the role of daily recovery. *Journal of Organizational Behavior*, 33(2), 276.
- Demerouti, E., Le Blanc, P. M., Bakker, A. B., Schaufeli, W. B., & Hox, J. (2009). Present but sick: a three-wave study on job demands, presenteeism and burnout. *Career Development International*, 14(1), 50-68.
- Demerouti, E., Mostert, K., Bakker, A. B. (2010). Burnout and work engagement: A Thorough investigation of the independency of both constructs. *Journal of Occupational Health Psychology*, 15(3), 209-222.
- DeVoe, J., Fryer, G. E., Hargraves, R. L., Philips, L., & Green, L. A. (2002). Does career dissatisfaction affect the ability of family physicians to deliver high-quality patient care? *Journal of Family Practice*, 51(3), 223-228.
- DeVon, H. A., Block, M. E., Moyle-Wright, P., Ernst, D. M., Hayden, S. J., ... Lazzara, D. J. (2007). A psychometric toolbox for testing validity and reliability. *Journal of Nursing scholarship*, 39(2), 155-164.
- Dew, K., Keefe, V., & Small, K. (2005). "Choosing" to work when sick: workplace presenteeism. *Social Science Medicine*, 60, 2273-2282.

- Dewe, P. J., O'Driscoll, M. P., Cooper, C. L. (2012). *Theories of Psychological Stress at Work (chapter 2) in Handbook of Occupational Health and Wellness (XVII ed.)*, p.23-38.
- DiRenzo, M. S., Greenhaus, J. H., & Weer, C.H. (2011). Job level, demands, and resources as antecedents of work-family conflict. *Journal of Vocational Behavior*, 78, 305-314.
- Donnelly, D. P., & Quinn, J. J. (2006). An extension of Lee and Mitchell's unfolding model of voluntary turnover. *Journal of Organizational Behavior*, 27, 59-77.
- Doran, L. I., Stone, V. K., Brief, A. P., & George, J. M. (1991). Behavioral intentions as predictors of Job attitudes: the role of economic choice. *Journal of Applied Psychology*, 76(1), 40-46.
- Ducharme, L. & Martin, J. K. (2000). Unrewarding work, coworker support, and job satisfaction. *Work & Occupations*, 27, 223-243.
- Dulewicz, A. G., & Hiuggs, E. O. (2000). Emotional labor at workplace: An examination of turnover intentions of the workforce. *Journal of Social and Health Psychology*, 23(1), 34-45.
- Duxbury, L., Higgins, C. (2003). *Le conflit entre le travail et la vie personnelle au Canada durant le nouveau millénaire : état de la question (Rapport 2)*, Santé Canada.
- Edwards, D., & Burnard, P. A. (2003). Systematic review of stress and stress management interventions for mental health nurses. *Journal of Advance Nurses*, 42(2), 169-200.
- Edwards, J. R., & Rothbard, N. P. (2000). Mechanisms linking work and family: Clarifying the relationship between work and family constructs. *The Academy of Management Review*, 25(1), 178-199.
- Eliason, B. C., Guse, E., & Gottlieb, M. S. (2000). Personal values of family physicians, practice satisfaction, and service to the underserved. *Archives of Family Medicine*, 9, 228-232.
- Eliason, B. C., & Schubot, D. B. (1995). Personal values of exemplary family physicians: Implications for professional satisfaction in family medicine. *The Journal of Family Practice*, 45, 251-256.
- Elovainio, M., Salo, P. Jokela, M., Heponiemi, T., Linna, A., Virtanen, M., Oksanen, T., Kivimäki, M., & Vahtera, J. (2013). Psychosocial factors and well-being among

- Finnish GPs and specialists: a 10-year follow-up. *Occupational Environment Medicine*, 70, 246-251. doi:10.1136/oemed-2012-100996
- Elvira, M. M., & Cohen, L. E. (2001). Location matters: A cross-level analysis of the effects of organizational sex composition on turnover. *Academy of Management Journal*, 44, 591-605.
- Esteban, R. G. (2003). Physician-patient relationship: Effects in doctor's health, *Psicologica Medica Psicosomatica*, 24(2), 4-16.
- Fabri, P. F., McDaniel, M. D., Gaskill, H. V., Garrison, R. N., Hanks, J. B., Maier, R. V., & Telford, G.L. (1989). Great expectations: stress and the medical family. 1987 Committee on issues, association for academic surgery, *Journal of Surgical Research*, 47(5), 379-382.
- Farquharson, B., Allan, J., Johnston, D., Johnston, M., Choudhary, C., & Jones, M. (2012). Stress amongst nurses working in a healthcare telephone-advice service: Relationship with job satisfaction, intention to leave, sickness absence, and performance. *Journal of Advanced Nursing*, 68(7), 1624-1635.
- Field, A. (2006). *Discovering statistics using SPSS*. (Second ed). Thousand Oaks, London.
- Firth-Cozens, J. (2001). Interventions to improve physicians' well-being and patient care. *Social Science and Medicine*, 52(2), 215-222.
- Firth-Cozens, J., & Greenhalgh, J. (1997). Doctors' perceptions of the links between stress and lowered clinical cares. *Social Science and Medicine*, 44(7), 1017-1022.
- Firth, L., Mellor, D. J., Moore, K. A., & Loquet, C. (2004). How can managers reduce employee intention to quit? *Journal of Managerial Psychology*, 19(2), 170-187. doi:10.1108/02683940410526127
- Folkman, S. (1982). An approach to the measurement of coping. *Journal of Occupational Behavior*, 3, 95-107.
- Foot, D. K. (1998). *Boom, Bust & Echo 2000: Profiting from the Demographic Shift in the New Millennium*, Toronto, Macfarlane Walter & Ross.
- French, J. R. P., & Kahn, R. L. (1962). A programmatic approach to studying the industrial environment and mental health. *Journal of Social Issues*, 18, 1-47.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.

- Frone, M. R. (2003). Predictors of overall and on-the-job substance use among young workers. *Journal of occupational health psychology*, 8(1), 39.
- Frone, M. R. (2003). Predictors of overall and on-the-job substance use among young workers. *Journal of occupational health psychology*, 8(1), 39.
- Frone, M. R., Russell, M., & Cooper, M. L. (1992). Antecedents and outcomes of work-family conflict : Testing a model of the work-family interface. *Journal of Applied Psychology*, 77, 65-78.
- Frone, M. R., Russell, M., & Cooper, M. L. (1996). Prevalence of work-family conflict: Are work and family boundaries asymmetrically Permeable? *Journal of Organizational Behavior*, 13, 723-729.
- Gallery, M. E., Whitley, T. W., Klonis, L. K., Anzinger, R. K., & Revicki, D. A. (1992). A study of occupational stress and depression among emergency physicians. *Annals of Emergency Medicine*, 21(1), 58-64.
- Gardulf, A., Orton, M. L., Eriksson, E. L., Unde'n, M., Arnetz, B., Nilsson Kajermo K, & Nordstrom, G. (2008). Factors of importance for work satisfaction among nurses in a university hospital in Sweden. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(2), 151-60.
- Goehring, C., Bouvier Gallacchi, M., Kunzi, B., & Bovier, P. (2005). Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: a cross sectional survey. *Swiss Medical Weekly*, 135, 101-108.
- Goldberg, D. P., & Blackwell, B. (1970). Psychiatric illness in general practice: A detailed study using a new method of case identification. *British Medical Journal*, 1, 439-443.
- Good, L.K., & Young, C. E. (1996). Assessing Hierarchical Differences in Job-Related Attitudes and Turnover Among Retail Managers. *Journal of Academy of Marketing Science*, 24 (2), 148-157.
- Gordon, J.R., Whelan-Berry, K.S., Hamilton, E.A. (2007). The relationship among work-family conflict and enhancement, organizational work-family culture, and work outcomes for older working women. *Journal of Occupational Health Psychology*, 12 (4), 350-364.

- Grandey, A. A., Cordeiro, B. L., & Crouter, A. C. (2005). A longitudinal and multi-source test of the work-family conflict and job satisfaction relationship. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 78, 20.
- Greenhaus, J. H., Bedeian, A. G., & Mossholder, K. W. (1987). Work experiences, job performance, and feelings of personal and family well-being. *Journal of Vocational behavior*, 31, 200-215.
- Greenhaus, J. H., & Beutell, N. J. (1985). Sources of conflict between work and family roles. *Academy of management*, 10, 76-89.
- Greenhaus, J.H., Parasuraman, S., Granrose, C.S., Rabinowitz, S., & Beutell, N.J. (1989). Sources of work–family conflict among two-career couples. *Journal of Vocational Behavior*, 34, 133-153.
- Greenhaus, J. H., Collins, J. M., & Shaw, J. D. (2003). The relation between work-family balance and quality of life. *Journal of Vocational Behavior*, 63, 510-531.
- Greenhaus, J. H., Parasuraman, S., & Collins, K. M. (2001). Career involvement and family involvement as moderators of relationships between work-family conflict and withdrawal from a profession. *Journal of Occupational Health and Psychology*, 6(2), 91-100.
- Greenhaus, J. H., & Powell, G. N. (2006). When work and family are allies: A theory of work-family enrichment. *The Academy of Management Review*, 31(1), 72-92.
- Greenhaus, J.H., Collins, K.M., Singh, R., & Parasuraman, S. (1997). Work and family influences on departure from public accounting. *Journal of Vocational Behavior*, 50, 249-270.
- Griffeth, R. W., Hom, P. W., & 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, 463-488.
- Guterk, B. A. (1993). Changing the status of women in management, *Applied Psychology: An International review*, 43(4), 301-311.
- Guterk, B.A., Searle, S., Kepla, L. (1991). Rational versus gender role explanations for work-family conflict. *Journal of Applied Psychology*, 76 (4), 560-568.

- Hakanen, J. J., Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2005). How dentists cope with their job demands and stay engaged: the moderating role of job resources. *European Journal of Oral Sciences*, *113*, 479-87.
- Hall, K., & Wakeman, M. (1999). Residency-trained emergency physicians: their demographics, practice evolution, and attrition from emergency medicine. *Journal of Emergency Medicine*, *17*(1), 7-15.
- Hagopian, A., Zuyderduin, A., Kyobutungi, N., & Yumkella, F. (2009). Job satisfaction and morale in the Ugandan health workforce. *Health Affairs*, *28*(5), 863.
- Hammer, L. B., Kossek, E. E., Anger, W. K., Bodner, T., & Zimmerman, K. L. (2011). Clarifying work–family intervention processes: The roles of work–family conflict and family-supportive supervisor behaviors. *Journal of Applied Psychology*, *96*(1), 134-150.
- Hann, M., Reeves, D., & Sibbald, B. (2011). Relationships between job satisfaction, intentions to leave family practice and actually leaving among family physicians in England. *European Journal of Public Health*, *21*(4), 499.
- Harrell, A., & Eickhoff, R. (1988). Auditor’s influence –orientation and their affective response to the “big eight” work environment. *Auditing : A Journal of practice and theory*, 105-118.
- Hatch, N. W., & Dyer, J. H. (2004). Human capital & learning as a source of sustainable competitive advantage. *Strategic Management Journal*, *25*, 1155–1178.
- Hayes, L. J., O’Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., ... Hughes, F. (2006). Nurse turnover: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*, *43*(2), 237-263.
- Hellman, C. H. (1997). Job satisfaction and intent to leave. *The Journal of Social Psychology*, *137*(6), 677-689.
- Hinkin, T. R., & Tracey, J. B. (2000). The cost of turnover, Cornell hotel and Restaurant. *Administration Quarterly*, *41*(3), 14-21.
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychology*.
- Hobfoll, S. E. (1998). *Stress, culture, and community*. New York, NY: Plenum Press.
- Hobfoll, S. E. (2001). The influence of culture, community, and the nested-self in the stress

- process: Advancing conservation of resources theory. *Applied Psychology: An International Review*, 50(3), 337-421.
- Hochschild, A. R. (1983). *The managed heart*. Commercialization of Human Feeling, University of California Press, Berkeley, CA.
- Hollenbeck, J. R. & Williams, C. R. (1986). Turnover functionality versus turnover frequency: A note on work attitudes and organizational effectiveness. *Journal of Applied Psychology*, 71, 606-611.
- Holmes, T. H. (2002). Keeping nurses at work: a duration analysis. *Health Economy*, 11(6), 493-503.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment scale. *Journal of psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Holroyd, K., & Lazarus, R. (1982). Stress, coping and somatic adaptation. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (pp. 21–35). New York: Free Press.
- Holtom, B. C., Mitchell, T. R., Lee, T. W., & Eberly, M. B. (2008). Turnover and retention research: A glance at the past, a closer review of the present, and a venture into the future. *The Academy of Management Annals*, 2(1), 231-274.
- Hom, P. W., & Griffeth, R. W. (1991). Structural equations modeling test of a turnover theory: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Journal of Applied Psychology*, 76(3), 350-366.
- Hom, P. W, Griffeth, R. W, & Sellaro, L. (1984). The validity of Mobley's (1977) model of employee turnover. *Organizational Behavior and Human Performance*, 34, 141-174.
- Hom, P. W., & Kinicki, A. J. (2001). Toward a greater understanding of how dissatisfaction drives employee turnover. *Academy of Management Journal*, 44(5), 975-987.
- Hom, P. W, Roberson, L., & Ellis, A. D. (2008). Challenging conventional wisdom about who quits: Revelations from corporate America. *Journal of Applied Psychology*, 93(1), 1.
- Hom, P. W., Caranikas-Walker, F., Prussia, G. E., & Griffeth, R. W. (1992). A meta-analytical structural equations analysis of a model of employee turnover. *Journal of Applied Psychology*, 78, 890-909.

- Horner, R. D., Szaflarski, J. P., Ying, J., Meganathan, K., Matthews, G., Schroer, B., Weber, D., & Raphaelson, M. (2011). Physician work intensity among medical specialties. *Medical Care*, 49(11), 1007-1013.
- Houkes, I., Winants, Y., & Twellaar, M. (2008). Specific determinants of burnout among male and female general practitioners: A cross-lagged panel analysis. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 81, 249-276. doi:1348/096317907X218197
- House, J. S., Umberson, D. & Landis, K.R. (1988) Structures and processes of social support. *Annual Review of Sociology*, 14, 293–318.
- House, R. J., Schuler, R. S., & Levanoni, E. (1983). Role conflict and ambiguity scales: Reality or artifacts? *Journal of Applied Psychology*, 68(2), 334-337.
- Howe, A.L., King, D.S., Ellis, J.M., Wells, Y.D., Wei, Z., Teshuva, K.A. (2012). Stabilising the aged care workforce: an analysis of worker retention and intention. *Australian Health Review*, 36, 83-91.
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55.
- Hughes, P. H., Storr, N. A., Brandenburg, D. C., & Baldwin, J. C. (1999). Physician substance use by medical specialty. *Journal of Addictive Disease*, 18(2), 23-37.
- Hulin, C., Raznowski, M., & Hachiya, D. (1985). Alternative Opportunities and Withdrawal Decisions: Empirical and Theoretical Discrepancies and Integration. *Psychological Bulletin*, 97 (2), 233-250.
- Hussey, P. S. (2007). International migration patterns of physicians to the United States: A cross-national panel analysis. *Health Policy*, 84, 298-307. doi: 10.1016/j.healthpol.2007.04.005
- Igbaria M., & Greenhaus, J. H. (1992). Determinants of MIS employees turnover intentions: A structural equation model. *Communications of the ACM*, 35(2), 35-49.
- Igbaria, M., & Chidambaram, L. (1997). The impact of gender on career success on information systems professionals: A human –capital perspective. *Information Technology & people* 10(1), 63-86.

- Innstrand, S. T., Langballe, E. M., & Falkum, E. (2011). A longitudinal study of the relationship between work engagement and symptoms of anxiety and depression. *Stress and Health, 28*, 1-10.
- Irvine, D., Evans, M. (1995). Job satisfaction and turnover among nurses: integrating research findings across studies. *Nursing Resources, 44*, 246-53.
- Ivancevich, J. M., & Matteson, M. T. (1980). *Stress and work*. Glenview, IL: Scott, Foresman.
- Iverson, R. D. & Roy, P. (1994). A causal model of behavioral commitment: evidence from a study of Blue collar employees. *Journal of Management, 20*, 15-41.
- Jackson, S. E., Zedeck, S., & Summers, E. (1985). Family life disruptions: Effects of job-induced structural and emotional interference. *Academy of Management Journal, 28*, 574-586.
- Jackson, S. E., Turner, J. A., & Brief, A. P. (1987). Correlates of burnout among public service Lawyers. *Journal of Occupational Behavior, 8*, 339-349.
- Jackson-Malik, P. J. (2005). *Organizational climate and hospital nurses' job satisfaction, burnout, and intent to leave*. Ph.D. 3165703, University of Pennsylvania, United States - Pennsylvania.
- Jacob, M. (2008). Unemployment benefits and parental resources: what helps the young unemployed with labour market integration? *Journal of Youth Studies, 11*(2), 147-163. doi:10.1080/13676260701863413
- Jacobs, J.A., Gerson, K. (2001). Overworked Individuals or Overworked Families?: Explaining Trends in Work, Leisure, and Family Time. *Work and Occupations, 28* (40).
- Jacobson, C. J., Bolon, S., Elder, N., Schroer, B., Matthews, G., Szaflarski, J. P., Raphaelson, M., & Horner, R. D. (2011). Temporal and subjective work demands in office-based patient care: An exploration of the dimension of physician work intensity. *Medical Care, 49*(1), 52-59.
- Jakubowski, E., & Hess, R. (2004). *The market for physicians*. In Health policy and European Union Enlargement (McKee M, MacLehose L, Nolte E eds), Open University Press, Maidenhead, Berkshire, 131-42.

- Jeffries, F., & Hunte, T. (2003). Generations and motivation: A connection worth making. *Journal of Behavioral and Applied Management* 6(1), 37-70.
- Jenssen, J. I. (1999). *Entrepreneurial Networks. A Study of the Impact of Network Resource Access on the Start-up of New Organizations*. Ph.D. thesis, Norges Handelshøyskole, Bergen, Norway.
- Johns, G. (2011). Attendance dynamics at work: the antecedents and correlates of presenteeism, absenteeism, and productivity loss. *Journal of Occupational Health Psychology*, 16(4), 483-500. doi:10.1037/a0025153
- Johnson, G., & Scholes, K. (1999). *Exploring Corporate Strategy*. 5th ed., Prentice Hall.
- Johnson, J. V. (1986). The impact of workplace social support, job demands and work control upon cardiovascular disease in Sweden. *Dissertation Abstracts International*, 47(2-B), 591 p.
- Jourdain, J., & Chênevert, D. (2010). Job demands–resources, burnout and intention to leave the nursing profession: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 709-722.
- Jourdain, G. & Vézina, M. (2014) How psychological stress in the workplace influences presenteeism propensity: A test of the Demand–Control–Support model. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 23(4), 483-496, DOI: [10.1080/1359432X.2012.754573](https://doi.org/10.1080/1359432X.2012.754573)
- Kacmar, K. M., Andrew, M. C., Van Rooy, D. L., Steilberg, R. C., & Cerrone, S. (2006). Sure everyone can be replaced... but at what cost? Turnover as a predictor of unit-level performance. *Academy of Management Journal*, 49 (1), 133-144.
- Kahn, R. L. & Byosiere, P. B. (1992). Stress in organizations. In M.D. Dunnette and L.M. Hugh (eds.). *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*. (571-650). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Kahn, R. L., Wolfe, D. M., Quinn, R. P., Snoek, J. D., & Rosenthal, R. A. (1964). *Organizational stress: Studies in role conflict and ambiguity*. New York, NY: John Wiley.
- Kant, I., Jansen, N. W. H., Van Amelsvoort, L.G.P.M., Mohren, D.C.L., Swaen G. M. H. (2004). Burnout in the working population. Results of the Maastricht Cohort Study. *Gedrag Organization* 17, 5–17.

- Karantzas, G. C., Mellor, D., McCabe, M. P., Davison, T. E., Beaton, P., & Mrkic, D. (2012). Intentions to quit work among care staff working in the aged care sector. *Gerontologist*, 52(4), 506-516. doi:10.1093/geront/gnr161.
- Karasivan, P. (2010) *La médecine familiale vue par des jeunes omnipraticiens : rejet de la vocation et de la continuité des soins*, Mémoire, Université de Montréal.
- Karasek, R. (1979). Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285-307.
- Karasek, R., Brisson, C., Kawakami, N., Houtman, I, Bongers, P., & Amick, B. (1998). The Job Content Questionnaire (JCQ): An instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3(4), 322-355. doi:[10.1037/1076-8998.3.4.322](https://doi.org/10.1037/1076-8998.3.4.322)
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstructions of Working Life*. New York: Basic Books.
- Kelloway, E. K., Gottlieb, B. H., & Barham L. (1999). The source, nature and direction of work and family conflict: a longitudinal investigation. *Journal of Occupational Health Psychology*, 4, 337-346.
- Kelly, E. L., Moen, P., Oakes, J.M., Fan, W., Okechukwu, C., Davis, K.D., ... Casper, L. (2014). Changing Work and Work-Family Conflict: Evidence from the Work, Family, and Health Network. *American Sociological Review*, 79(3), 485-516.
- Kim, H. L., Hollowell, C. M., Patel, R. V., Bales, G. T., Clayman, R. V., & Gerber, G. S. (2000). Use of new technology in endourology and laparoscopy by American urologists: Internet and postal survey. *Urology*, 56, 760-765. doi:10.1016/S0090-4295(00)00731-7
- Kinnunen, U., & Mauno, S. (1998). Antecedents and outcomes of work-family conflict among employed women and men in Finland. *Human Relations*, 51(2), 157-177.
- Kivimäki, M., Head, J., Ferrie, J. E., Hemingway, H., Shipley, M. J., & Vahtera, J. (2005). Working while ill as a risk factor for serious coronary events: the Whitehall II study. *American Journal of Public Health*, 95(1), 98-102.
- Klabunde, C. N., Willis, G. B., McLeod, C.C, Dillman, D.A., Johnson, T. P., Greene, S. M., & Brown, M. L. (2012). Improving the Quality of Surveys of Physicians and Medical

- Groups: A Research Agenda. *Evaluation & the Health Professions*, 35(4), 477-506.
doi:10.1177/0163278712458283.
- Kline, R. B. (2005). *Principles and practices of structural equation modelling*. New York, NY: The Guildford Press.
- Konrad, T. R., Link, C. L., Shackelton, R. J., Marceau, L. D., Knesebeck, O., Siegrist, J., Arber, S., Adams, A., & McKinlay, J. B. (2010). It's about time: Physicians' perceptions of time constraints in primary care medical practice in three National Healthcare Systems. *Medical Care*, 48(2), 95-100.
- Kop, J.-L., Althaus, V., & Grosjean, V. (2011). *Une taxonomie des caractéristiques de l'environnement de travail dans les modèles théoriques de la santé au travail*, Université Nancy 2 & INRS. Nancy.
- Korman, A.K., & Korman, R.K. (1980). *Career success/personal failure*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice–Hall.
- Kossek, E.E., & Ozeki, C. (1998). Work-family conflict, policies, and the job-life satisfaction relationship : A review and directions for organizational behavior -human resources research. *Journal of Applied Psychology*, 83 (2), 139-149.
- Kowske, B., Rasch, R., & Wiley, J. (2010). Millennials' (Lack of) Attitude Problem: An Empirical Examination of Generational Effects on Work Attitudes. *Journal of Business & Psychology*, 25(2), 265-279.
- La Presse Canadienne, (2014). Les omnipraticiens entérinent l'entente de principe avec le gouvernement. Montréal, 4 octobre 2014.
- Latour, E. B., (2003). Labour market in the NHS : an agenda for research. *Health Economics*, 12, 797-801.
- Lazar, I., Osoian, C., & Ratiu, P. (2010). The role of work-life balance practices in order to improve organizational performance. *European Research Studies*, 8(1), 201-215.
- Lazarus, R. S. (1977). Psychological stress and coping in adaptation and illness. In Z.J. Lipowski, D.R. Lipsitt, and P. C. Whybrow (eds), *Psychosomatic medicine: Current Trends and Clinical Applications*, New-York, NY: Oxford University Press, 14-26.
- Lazarus, R. S. (1990). Theory-based stress measurement. *Psychological Inquiry*, 1(1), 3-13.
doi:[10.1207/s15327965pli0101_1](https://doi.org/10.1207/s15327965pli0101_1)
- Lazarus, R. S. (1993). From Psychological stress to the emotions: A History of changing

- outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-21.
- Lazarus, R. S. (1998). *The Life and Work of an Eminent Psychologist: Autobiography of Richard S. Lazarus*. New-York, NY: Springer.
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion: a new synthesis*. London: Free Association.
- Lazarus, R. S. (2001). Relational meaning and discrete emotions. In K. Scherer, A. Schorr, & T. Johnstone (Eds.), *Appraisal processes in emotion: Theory, methods, research* (pp. 37–67). New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*, Springer, New-York, NY.
- Le Collège des médecins de famille du Canada - l'Association médicale canadienne et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (2007). Sondage national des médecins 2007 (SNM) - Résumé. de www.sondagenationalesmedecins.ca.
- Lee, T. W. & Mitchell, T. R. (1994). An alternative approach: the unfolding model of voluntary employee turnover. *Academy of Management Review*, 19(1), 51-98.
- Lee, R. T., & Ashforth, B. E. (1996). A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *Journal of Applied Psychology*, 81, 123-133.
- Lee, T. W., Mitchell, T. R., Holtom, B., McDaniel, L., & Hill, J. (1999). The unfolding model of voluntary employee turnover: A replication and extension. *Academy of Management Journal*, 42, 450-462.
- Leece, P., Bhandari, M., Sprague, S., Swiontkowski, M. F., Schemitsch, E. H., Tornetta, P., & Guyatt, G. H. (2004). Internet versus mailed questionnaires: A controlled comparison. *Journal of Medical Internet Research*, 6(39). doi:10.2196/jmir.6.4.e39
- Leiter, M. P. (1993). Burnout as a developmental process: Consideration of models. See Schaufeli et al 1993, pp. 237-50.
- Leopold, Y. (2009). *Burn-out. Suicide. Le médecin malade*. Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France - Union Régionale des Médecins Libéraux, Provence -Alpes - Côte d'Azur. 32 p.,
<http://www.atoute.org/n/forum/showthread.php?t=5041>
- Lerner, D., Adler, D. A., Chang, H., Lapitsky, L., Hood, M. Y., Perissinotto, C., Reed, J., McLaughlin, T. J., Berndt, E., R., & Rogers, W. H. (2004). Unemployment, job retention, and productivity loss among employees with depression. *Psychiatric Services*, 55(12), 1371-1378.

- Levy, M., Poertner, J., & Lieberman, A. (2012). Work attitudes and intention to quit among workers in private child welfare agencies operating under performance-based contracts. *Administration in Social Work, 36*(2), 175-188. doi:10.1080/03643107.2011.564723
- Lindeman, S., Laara, E., Hakko, H., & Lonnqvist, L. (1996). A systematic review on gender-specific suicide mortality in medical doctors, *Journal of Psychiatry, 168*, 274-279.
- Linzer, M., Gerrity, M., Douglas, J. A., McMurray, J. E., Williams, E. S., & Konrad, T. R., (2002). Physician stress: results from the physician worklife study. *Stress and Health, 18*, 37-42.
- Lloyd, S., Streiner, D., & Shannon, S. (1994). Burnout, depression, life and job satisfaction among canadian emergency physicians. *The Journal of Emergency Medicine, 12*(4), 559-565.
- Locke, E. A. (1976). The nature and cause of job satisfaction (pp.1297-1350). In Dunnette, M.D. (Ed.) *Hand book of the industrial and organizational psychology*. Chicago : Rand-McNally.
- Lu, K., Lin, P., Wu, C., Hsieh, Y., & Chang, Y., (2002). The relationships among turnover intentions, professional commitment, and job satisfaction of hospital nurses. *Journal of Prof. Nursing, 18*(4), 214-219.
- MacDougall, R. D. (2013). Physicians' strikes and the competing bases of physicians' moral Obligations. *Kennedy Institute of Ethics Journal, 23*(3), 249-274.
- MacIntyre, A. C. (2007). *After Virtue: A Study in Moral Theory*, 3rd ed. Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press.
- Maertz, J., C. P., & Kmitta, K.R. (2012). Integrating turnover reasons and shocks with turnover decision processes. *Journal of Vocational Behavior, 81*, 26-38. doi:10.1016/j.jvb.2012.04.002
- Maertz, C. P., Stevens, M. J., & Campion, M. A. (2003). A turnover model for the Mexican maquiladoras. *Journal of Vocational Behavior, 63*, 111-135.
- Maertz, C. P., & Campion, M. A. (2004). Profiles in quitting : integrating process and content turnover theory. *Academy of Management Journal, 47* (4), 566-582.

- Makames, R. A., Alkoot, E. M., Mazidi, B. M., El-Shazly, M. K., & Kamel, M. I. (2012). Sources and expressions of stress among physicians in a general hospital. *Alexandria Journal of Medicine*, 48(4), 361-366.
- Malhotra, N. K., Kim, S. S., & Patil, A. (2006). Common method variance in is research: A comparison of alternative approaches and a reanalysis of past research. *Management Science*, 52(12), 1865-1883.
- Manfreda, K. L., Bosnjak, M., Haas, I., & Vehovar, V. (2005). A meta-analysis of response rates in web surveys compared to other survey modes. *ESF Workshop on Internet survey methodology*, Dubrovnik, 26-28.
- Maranda, M. F., Gilbert, M. A., Saint-Arnaud, L., & Vézina, M. (2006). *La détresse des médecins : un appel au changement*. Les presses de l'Université Laval.
- March, J., & Simon, H. A. (1958). *Organisations*. New York, NY: Wiley.
- Marsh, H. W., Hau, K.T., Wen, Z. (2014). In search of golden rules: comment on hypothesis -testing approaches to setting cutoff values in overgeneralizing Hu and Bentler's (1999) findings. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 11(3), 320-341.
- Martinussen, M., Richardsen, A. M., & Burke, R.J. (2007). Job demands, job resources, and burnout among police officers. *Journal of Criminal Justice*, 35, 239-249.
doi:10.1016/j.jcrimjus.2007.03.001
- Maslach C, Schaufeli W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. In: Fiske ST, Schacter DL, Zahn -Waxler C (eds.). *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Maslach, C. (1982). *Burnout: The cost of caring*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99-113.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1984). Burnout in organizational settings. In S. Oskamp (Ed.), *Applied social psychology annual: Applications in organizational settings*, 5, 133- 153. Beverly Hills, CA: Sage.
- Maslach, C., Leiter, M. P. (2008). Early predictors of burnout and work engagement. *Journal of Applied Psychology*, 93, 498–512.
- Maslow, A. (1968). *Toward o psychology of Being*. New York, NY: D. Van Norstrand Co.
- Mason, J. W. (1975). A historical view of the stress field Part 1. *Journal of Human Stress*, 1, 6-12.

- Mathieu, C. A. (2008). Le conflit travail-famille des médecins du Québec : élaboration et validation d'un instrument de mesure. Université de Sherbrooke, Mémoire de maîtrise, 86 pages.
- Mathieu, C. A., & Mathieu, C. (2012). The impact of work –family conflict on the intention to quit the job in a sample of medical residents. *Academy of Health Care Management, 8*(2), 43.
- Mathieu, C. A., Biron, C., & Mathieu, C. (2013). Application of the job demands -resources model to family physicians and their intent to leave: Proposal of a new model. *European Journal of Business Research, 13*(1), 37-60.
- McKevitt, C., Morgan, M., Dundas, R., & Holland, W.W. (1997). Sickness absence and 'working through' illness: a comparison of two professional groups. *Journal of Public Health Medicine, 19*, 295-300.
- McLeod, C., Klabunde, C. N, Willis, G. B., & Stark, D. (2013). Health care provider surveys.
- McMahon, S. R., Iwamoto, M., Massoudi, M. S., Yusuf, H. R., Stevenson, J., M., David, F., & Pickering, L. K. (2003). Comparison of e-mail, fax, and postal surveys of pediatricians. *Pediatrics, 111*, 299-303.
- McNall, L. A., Nisklin, J. M., & Masuda, A. D. (2010). Meta-analytic review of the consequences associated with work–family enrichment. *Journal of Business and Psychology, 25*(3), 381-396.
- Menard, S., (1995). Applied logistic regression analysis. Sage University Paper Series on *Quantitative Applications in the Social Sciences*, 07-106, Sage, Thousand Oaks, CA.
- Messer, B. L., & Dillman, D. A. (2011). Surveying the general public over the internet using addressed-based sample and mail contact procedures. *Public Opinion Quarterly, 75*, 429-457. doi:10.1093/poq/nfr021
- Meyer, J. P., Stanley, D. J., Herscovitch, L., & Topolnytsky, L. (2002). Affective, continuance and normative commitment to the organization: A meta-analysis of antecedents, correlates, and consequences. *Journal of Vocational Behavior, 61*, 20-52.
- Michie, S. (2002). Causes and management of stress at work. *Occupational and Environmental Medicine, 59*, 67-72. doi:10.1136/oem.59.1.67

- Millar, M. M., & Dillman, D. A. (2011). Improving response to Web and mixedmode surveys. *Public Opinion Quarterly*, 75, 249-269. doi:10.1093/poq/nfr003
- Miller, L. E., & Smith, K. (1983). Handling non-response issues. *Journal of Extension On-Line*, 1(5), 46-50.
- Miller, F. G., & Brody, H. (2001). The internal morality of medicine: Explication and application to managed care. *Journal of Medicine and Philosophy*, 23(4), 384-410.
- Mino Y, Shigemi J, & Tsuda T. (1999). Perceived job stress and mental health in precision machine workers of Japan: a 2 year cohort study. *Occupational Environmental Medicine*, 56, 41-45.
- Mitchell, T. R., Holtom, B. C., Lee, T. W., Sablinski, C. J. & Erez, M. (2001). The unfolding model of voluntary turnover and job embeddedness: Foundations for a comprehensive theory of attachment. *Research in Organisational Behavior*, 23, B.M. Staw, (ed.) Greenwich, CT; JAI press, 189-246.
- Mirowsky, J., & Ross, C. E. (2003). *Social Causes of Psychological distress*, 2nd ed. New York, NY:Aldine De Gruyter.
- Mobley, W. (1977). Intermediate linkages in the relationship between job satisfaction and employee turnover. *Journal of Applied Psychology*, 67(1), 53-9.
- Mobley, W.H. (1992). *Employee turnover: causes, consequence and control*. Texas: Addison -Wesley Publishing Company.
- Mobley, W. H., Horner, S. O., & Hollingsworth, A.T. (1978). An evaluation of precursors of hospital employee turnover. *Journal of Applied Psychology*, 63(4), 408-414.
- Molinié, A-F. (2005). Se sentir capable de rester dans son emploi jusqu'à la retraite ? *Pistes*, 7(1).
- Moore, J. E. (2000a). One road to turnover: an examination of work exhaustion in technology Professionals. *MIS Quarterly*, 24(1), 141-168.
- Moore, J. E. (2000b). Why is this Happening? A causal attribution approach to work exhaustion Consequences. *Academy of Management Review*, 25(2), 335-349.
- Morris, J. A., & Feldman, D. C. (1996). The dimensions, antecedents, and consequences of emotional labor. *Academy of Management Journal*, 21, 989-1010.
- Mueller, R. O. (1999). *Basic Principles of Structural Equation Modeling: An Introduction to Lisrel and EQS*. New York, NY: Springer.

- Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (2007). *Mplus user's guide (6th ed.)*. Los Angeles: Muthén & Muthén.
- Nagelkerke, N. J. D. (1991). A note on a general definition of the coefficient of determination *Biometrika*, 78, 691-692.
- Nagy, M.S. (2002). Using a single item approach to measure facet job satisfaction. *Journal of Organizational and Occupational Psychology*, 75, 77-87.
- Nancarrow, S., Bradbury, J., Winona Pit, S., Ariss, S. (2014). Intention to Stay and Intention to Leave: Are They Two Sides of the Same Coin? A Cross-sectional Structural Equation Modelling Study among Health and Social Care Workers. *Journal of Occupational Health*, 56, 292-300.
- Netemeyer, R. G., Boles, J. S., & Mcmurrian, R. (1996). Development and validation of work-family conflict and family-work conflict and effective experiences. *Journal of Applied Psychology*, 81, 400-410.
- Netemeyer, R. G., Brashear-Alejandro, T., & Boles, J. (2004). A cross-national model of job-related outcomes of work role and family role variables: A retail sales context. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 32, 49-60.
- Newton, T. (1995). *"Managing" stress: emotion and power at work*. London: Sage.
- Nielsen, K., Randall, R., Holten, A. L., & González, E. R. (2010). Conducting organizational level occupational health interventions: What works? *Work and Stress*, 24(3), 234-259.
- Nielsen, K., Stage, M., Abildgaard, J. S., & Brauer, C. V. (2013). Participatory intervention from an organizational perspective: Employees as active agents in creating a healthy work environment, in *Salutogenic organizations and change. The Concept Behind Organizational Health Intervention Research*. Springer.
- Nondenmark, M. (2004). Multiple social roles and well-being: A Longitudinal Test of the Role Stress Theory and the Role Expansion Theory. *Acta Sociologica*, 47(2), 115-126.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory*. (second edition) New-York, McGraw-Hill.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H., (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). New York, NY: McGraw-Hill.

- O'driscoll, M. P. (2004). Work-family conflict, psychological well-being, satisfaction and social support : A longitudinale study in New Zealand. *Equal Opportunities International*, 23, 36-56.
- Ohana, M., & Meyer, M. (2010). Should I stay or should I go now? Investigating the intention to quit of the permanent staff in social enterprises. *European Management Journal*, 28, 441-454. doi:10.1016/j.emj.2010.06.007
- Ohue, T., Moriyama, M., & Nakaya, T. (2011). Examination of a cognitive model of stress, burnout, and intention to resign for Japanese nurses. *Japan Journal of Nursing Science*, 8(1), 76-86. doi: [10.1111/j.1742-7924.2010.00161.x](https://doi.org/10.1111/j.1742-7924.2010.00161.x)
- Olson, D. A. & Shultz, K. S. (1994). Gender differences in the dimensionality of social support. *Journal of Applied Social Psychology*, 24, 1221-1232.
- Özbilgin, M. F., Tsouroufli, M., & Smith, M. (2011). Understanding the interplay of time, gender and professionalism in hospital medicine in the UK. *Social Science & Medicine*, 72, 1588-1594.
- Pailié, P. & Dufour, M.-È. (2013). Employee responses to psychological contrat breach and violation : Intentions to leave the job, employer or profession. *Journal of Applied Business Research*, 29(1), 205-216.
- Parasuraman, S., Greenberg, J. H., Rabinowitz, S. R., Bedelan, A. G., & Mossholder, K. W. (1989). Work and family variables as mediators of the relationship between wives employment and husbands well being. *Academy of Management Journal*, 32, 185-201.
- Parasuraman, S., & Greenhaus, J. H. (2002). Toward reducing some critical gaps in work-family research. *Human Resource Management Review*, 12, 299-312.
- Parasuraman, S., Purohit, Y.S., Godshalk, V.M., & Beutell, N.J. (1996). Work and family variables, entrepreneurial career success, and psychological well-being. *Journal of Vocational Behavior*, 48, 275-300.
- Pearlin, L. I. , Lieberman, M .A., Menaghan, E. G., & Mullan, J. T. (1981). The stress process. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 337-356.
- Pellegrino, E. D. (2001). The internal morality of clinical medicine: A paradigm for the ethics of the helping and healing professions. *Journal of Medicine and Philosophy*, 26(6), 559-579.
- Pienaar, J. W., & Bester, C. L. (2011). The impact of burnout on the intention to quit

- among professional nurses in the Free State region—A national crisis? *South African Journal of Psychology*, 41(1), 113-122.
- Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Lee, J.-Y., & Podsakoff, N. P. (2003). Common method biases in behavioral research: A critical review of the literature and recommended remedies. *Journal of Applied Psychology*, 88, 879-903.
- Podsakoff, N. P., LePine, J. A., & LePine, M. A. (2007). Differential challenge stress or hindrance stressor relationships with job attitudes, turnover intentions, turnover, and withdrawal behavior: A meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 92, 438-454.
- Poghosyan, L., Clarke, S. P., Finlayson, M., & Aiken, L. H. (2010). Nurse burnout and quality of care: cross-national investigation in six countries. *Res.Nursing Health*, 33, 288-298.
- Poon, J. M. L. (2003). Situational antecedents and outcomes of organizational politics perceptions. *Journal of Managerial Psychology*, 18(2), 138-155. doi:10.1108/02683940310465036
- Porter, L. W., & Steers, R. M. (1973). Organisational work and personal factors in employee turnover and absenteeism. *Psychological Bulletin*, 80(2), 151-176.
- Price, J. L. (1977). *Study of Turnover*. Iowa State Press, Ames.
- Price, J. L., (2001). Reflections on the determinants of voluntary turnover. *Int. J. Manpow.*, 22(7), 600-624.
- Pryor, R. (1987). Differences among differences: In search of global work preference dimensions. *Journal of Applied Psychology*, 72, 426-433.
- Radhakrishna, R., & Doamekpor, P. (2008). Strategies for generalizing findings in survey research. *Journal of Extension On-Line*, 46(2).
- Rallis, S., & Rossman, G. (2003). Mixed methods in evaluation contexts: A pragmatic framework. In: A. Tashakkori & C. Teddie (Eds.), *Handbook of mixed methods in social and behavioral research*, Sage, 491-512.
- Randall, R., & Nielsen, K. (2012). Does the intervention fit? An explanatory model of intervention success and failure in complex organizational environments. In C. Biron, M., Karanika-Murray, & C. Cooper (Eds.), *Improving organizational interventions for stress and well-being: Addressing process and context* (pp. 120–134). London, England: Routledge.

- Randhawa, G. (2007). Work performance and its correlates: an empirical study. *Vision*, 11(1).
- Rapaport, R., Bailyn, L., Fletcher, J. K. & Pruitt, B. H. (2002). *Beyond workfamily balance*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Rapaport, R., Bailyn, L., Kolb, D. & Fletcher, J. K. (1998). *Relinking life and work: Toward a better future*. Waltham, MA: Pegasus Communications, Inc.
- Rasch, R. H., & Harrel, A. (1989). The impact of Individual differences on MAS personnel satisfaction and turnover intentions. *Journal of Information systems*, 3 (1), 13-22.
- Rasch, R., Wiley, J. (2010). Millennials' (Lack of) attitude problem: An empirical examination of generational effects on work attitudes. *Journal of Business and Psychology*, 25(2), 265-279
- Rasclé, N., & Irachabal, S. (2001). Médiateurs et modérateurs : implications théoriques et méthodologiques dans le domaine du stress et de la psychologie de la santé. *Le Travail Humain*, 64, 97-118.
- Rajbhandary, S., Basu, K. (2006). Interprovincial migration of physicians in Canada: Where are they moving and why? *Health Policy*, 79, 265-273. doi: 10.1016/j.healthpol.2006.01.003
- Rizzo, J. R., House, R. J., & Lirtzman, S.I. (1970). Role conflict and ambiguity in complex organizations. *Administrative Science Quarterly*, 15, 119-128.
- Robinson, S. L., & Morrison, E. W. (1995). Psychological contracts and OCB: the effect of unfulfilled obligations on civic virtue behavior. *Journal of Organizational Behavior*, 16(3), 289-298.
- Robinson, S. L., & Rousseau, D. M. (1994). Violating the psychological contract: Not the exception but the norm. *Journal of Organizational Behavior*, 15, 245-259.
- Rode, J. C., Rehg, M. T., Near, J. P., & Underhill, J. R. (2007). The effect of work-family conflict on intention to quit: The mediating roles of job and life satisfaction. *Applied Research in Quality of Life*, 2(2), 65-82.
- Rohr-Kirchgraber, T. M., & Welch, J. M. (2011). Cause of the doctor shortage: A rebuttal. *Medical Economics*, 88(14), 66.
- Rosse, J. G., & Miller, H. E. (1984). Relationship between absenteeism and other employee behaviors. In P.S. Goodman & R.S. Atkin (eds), *Absenteeism* (pp.194

- 227) , San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Rosvold, E. O., & Bjertness, E. (2001). Physicians who do not take sick leave: hazardous heroes? *Scandinavian Journal of Public Health*, 29, 71-75.
- Roucaayrol, A.-M. (2001). Les praticiens hospitaliers ne vont pas bien. *La Pensée*, 328, 53-64.
- Rousseau, D. M. (1995). *Psychological contracts in organizations: Understanding written and unwritten agreements*. London : Sage.
- Roussel P. F., Durrieu, E., Campoy, A., & Akremi, E. (2002). *Méthodes d'équations structurelles: recherche et applications en gestion*.
- Rout, U. (1999a). Job stress among general practitioners and nurses in primary care in England. *Psychological Reports*, 85, 981-986.
- Rout, U. (1999b). Gender differences in stress, satisfaction and mental wellbeing among general practitioners in England. *Psychology, Health and Medicine*, 4, 345-354.
- Rucinski, J., & Cybulska, E. (1985). Mentally ill doctors. *Hospital Medicine*, 33, 90-94.
- Ryder, N. (1965). The cohort as a concept in the study of social change. *American Sociological Review*, 30, 843–861.
- Sager, J.K., Griffeth, R.W., & Hom, P.W. (1998). A Comparison of Structural Models Representing Turnover Cognitions. *Journal of Vocational Behavior*, 53, 254–273.
- Sahibzada, K., Hammer, L.B., Neal, M.B., Kuang, D.C. (2005). The moderating effects of work-family role combinations and workfamily organizational culture on the relationship between family friendly workplace supports and job satisfaction. *Journal of Family Issues*, 26 (6), 820-839.
- Saks, A. M. (2006). Antecedents and consequences of employee engagement. *Journal of Managerial Psychology*, 21 (7), 600-619.
- Salamin, A., & Hom, P. W. (2005). In search of the elusive U-shaped performance –turnover relationship: are high performing Swiss bankers more liable to quit? *Journal of Applied Psychology*, 90, 1204-1216.
- Salsberg, E., & Grover, A. (2006). Physician workforce shortages: implications and issues for academic health centers and policymakers. *Academic Medicine*, 81(9), 782-797.
- Sakinofsky, I. (1987). Suicide in Physicians. *British Journal of Psychiatry*, 150, 267-268.

- Schattner, P., & Coman, G. (1998). The stress of metropolitan general practice. *MJA*, *169*, 133-137.
- Schaffer, M. A., Harrison, D. A., Gilley, K. M., & Luk, D.M. (2001). Struggling for balance amid turbulence on international assignments: work-family conflict, support and commitment. *Journal of Management*, *27*, 99-121.
- Schaufeli, W. B., Salanova, M., Gonzalez-Roma, V., & Bakker, A. B. (2002). The measurement of engagement and burnout: A confirmative analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, *3*, 21.
- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2006). The measurement of work engagement with a short questionnaire: A cross-national study. *Educational and Psychological Measurement*, *66*, 701-716.
- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, *25*, 293-315.
- Schaufeli, W. B., Taris, T. W., & van Rhenen, W. Y. A. (2008). Workaholism, burnout, and work engagement: Three of a kind or three different kinds of employee well-being? *Applied Psychology: an international review*, *57*(2), 30.
- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., & Müller, H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of psychological research online*, *8*(2), 23-74.
- Scheurer, D., McKean, S., Miller, J., & Wetterneck, T. (2009). U.S. physician satisfaction: Systemic review. *Journal of hospital medicine*, *4*(9), 560-568.
- Schwartz, S.H. (1994). Are there universal aspects in the structure and contents of human values? *Journal of Social Issues*, *50*, 19-45.
- Selye, H. (1952). *The story of the adaptational syndrome*. Montréal: ACTA, Inc.
- Semmer, N. K. (2011). Job Stress Interventions and Organization of Work. In *Handbook of Occupational Health Psychology*. By Quick, J. C. & Tetrick L.E. Chapitre 16. Washington DC: American Psychological Association.
- Setti, L., & Argentero, A., (2011). Organizational features of workplace and job engagement among Swiss healthcare workers. *Nursing and Health Science*, *13*, 425-432.

- Shanafelt, T. D., Balch, C., Bechamps, G., Russell, T., Dyrbye, L., & Statele, D. (2010). Burnout and career satisfaction among American surgeons. *Annals of Surgery*, 250(3), 463-471.
- Shaw, J. D., Gupta, N., & Delery, J.E. (2005). Alternative conceptualizations of the relationship between voluntary turnover and organizational performance. *Academy of Management Journal*, 48, 50-68.
- Shirom, A. (1989). Burnout in work organizations. In: C. L. Cooper, & I. Robertson (Eds.), *International review of industrial and organization psychology* (25-48). Chichester, U.K.: Wiley.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 27-41.
- Siegrist, J., Shackelton, R., Link, C., Marceau, L., Knesebeck, O., & McKinlay, J. (2010). Work stress of primary care physicians in the US, UK and German health care systems. *Social Science & Medicine*, 71, 298-304. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.03.043
- Simon, M., Kummerling, M., & Hasselhorn, H.M. (2004). Work-home conflict in the European nursing profession. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 10, 384-391.
- Slichter, S. H. (1919). *The turnover of factory labor*. New York, NY: Appelton & Co.
- Smith, B. D. (2005). Job retention in child welfare: Effects of perceived organizational support, supervisor support and intrinsic job value. *Children and Youth Services Review*, 27, 153-169.
- Socialstyrelsen. Halso-och sjukvardsrapport. (2001). The National Board of Health and Welfare, Health and Medical Service Report.
- Sotile, W.M., & Sotile, M.O. (2000). The medical marriage: Sustaining Healthy Relationships for physicians and their families. *American Medical Association*.
- Sondage national des médecins du Canada, (2004-2010) Canada, <http://nationalphysician survey.ca>
- Spence Laschinger H. K., Leiter M., Day A., & Gilin D. (2009). Workplace empowerment, incivility, and burnout: impact on staff nurse recruitment and retention outcomes. *Journal of Nursing Management*, 17, 302-311.

- Stansfeld, S. A., Fuhrer, R., & Shipley, M. J. (1999). Work characteristics predict psychiatric disorder: prospective results from the Whitehall II Study. *Occupational Environmental Medicine*, 56, 302-307.
- Statistics about Physicians, (2004). Finnish Medical Association (online at <http://www.laakariliitto.fi/files/laakarikysely2004.pdf>).
- Steel, R. P. (2002). Turnover Theory at the Empirical Interface: Problems of Fit and Function, *The Academy of Management Review*, 27(3), 346-360.
- Steel, R. P., Lounsbury, J.W. (2009). Turnover process models: Review and synthesis of a conceptual literature. *Human Resource Management Review*, 19(271-282). doi: 10.1016/j.hrmr.2009.04.002
- Steel, R.P., Ovalle, N.K. (1984). A review and meta-analysis of research on the relationship between behavioral intentions and employee turnover. *Journal of Applied Psychology*, 69, 673-86.
- Steiger, J. H. (1990). Structural model evaluation and modification: an interval estimation approach. *Multivariate Behavioral Research*, 25, 173-180.
- Stevens, F., Philipsen, H. & Diederiks, J. (1992). Organizational and professional predictors of physicians satisfaction. *Organization Studies*, 13(2), 35-49.
- St-Onge, S., Renaud, S., Guérin, G., & Caussignac, É. (2002). Vérification d'un modèle structurel à l'égard du conflit emploi-famille. *Relations Industrielles*, 57, 64-73.
- Strachota, E., Normandin, P., O'Brien, N., Clary, M., & Krukow, B., (2003). Reasons registered nurses leave or change employment status. *Journal of Nursing Admin.*, 33(2), 111-117.
- Sudman, S., & Blair, E. (1999). Sampling in the twenty-first century. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 27, 269-277. doi:10.1177/0092070399272010
- Sundquist, J., & Johansen, S. E. (2001). High demand, low control, and impaired general health. *Scandinavian Journal of Public Health*, 28, 123-131.
- Sutinen, R., Kivimaki, M., Elovainio, M., & Virtanen, M. (2002). Organizational fairness and psychological distress in hospital physicians. *Scandinavian Journal of Public Health*, 30, 209-215.

- Sverke, M., Hellgren, J., & Naswall, K. (2002). No security: A meta-analysis and review of job insecurity and its consequences. *Journal of Occupational Health Psychology, 7*, 242–264.
- Swanson, V., & Power, K. G. (1999). Stress, satisfaction and role conflict in dual-doctor partnerships. *Community Work and Family, 2*, 67-88.
- Swanson, V., Power, K. G., & Simpson, R. J. (1998). Occupational stress and family life: A comparison of male and female doctors. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 71*, 237-260.
- Swick, H. M. (2000). Toward a normative definition of medical professionalism. *Academic Medicine, 75*(6), 612-616.
- Tai, T. W., Bame, S. I., & Robinson, C. D., (1998). Review of nursing turnover research, 1977-1996. *Soc. Science Medicine, 47*(12), 1905-1924.
- Tabachnick, B., & Fidell, L. (1996). *Using multivariate statistics, 3rd edition*. New York: Harper Collins.
- Tett, R. P., & Meyer, J. P. (1993). Job satisfaction , organizational commitment , turnover intentions and turnover: path analysis based on meta-analytic findings. *Personnel Psychology, 46*, 259-293.
- Thomas, K. M., & Williams, K. L. (1995). The role of burnout on organizational attachment and career mobility. Paper presented at *Work, Stress and health' 95: Creating Healthier Workplaces*, Washington, DC.
- Thommasen, H. V., Lavanchy, M., Connelly, I., Berkowitz, J., & Grzybowski, S. (2001). Mental health, job satisfaction, and intention to relocate - Opinions of physicians in rural British Columbia. *Canadian Family Physician, 47*, 737-744.
- Thomson, A. M., Perry, J. L., & Miller, T. K. (2009). Conceptualizing and measuring collaboration. *Journal of Public Administration Research and Theory, 19*(1), 23-57.
- Thompson, C. A., Beauvais, L. L., & Lyness, K. S. (1999). When work-family benefits are not enough: The influence of work-family culture on benefit utilization, organizational attachment, and work-family conflict. *Journal of Vocational Behavior, 54*, 329-415.

- Tieaskie, L. J. (2000). Perceptions of autonomy and career satisfaction of primary care physicians in managed care environments. *Humanities and Social Science*, 61(6-A), 2203.
- Tourangeau, A. E., & Cranley, L. A. (2006). Nurse intention to remain employed: understanding and strengthening determinants. *Journal of Advance Nurse*, 55(4), 497-509.
- Trevor, C. O. (2001). Interactions among actual ease-of-movement determinants and job satisfaction in the prediction of voluntary turnover. *Academy of Management Journal*, 44, 621-638.
- Tucker, L. R., Lewis, C. (1973). A reliability coefficient for maximum likelihood factor analysis. *Psychometrika*, 38, 1-10.
- Turnbull, J. (2010). La pénurie de médecins de famille. pontransat.com, 10 septembre 2010.
- Tzeng, H. M. (2002). The influence of nurses' working motivation and job satisfaction on intention to quit: an empirical investigation in Taiwan. *International Journal of Nursing Studies*, 39(8), 867-878.
- Ulrich, D., Smallwood, N. (2005). HR's new ROI: Return on intangibles. *Human Resource Management*, 44, 137-142.
- Vandenberghe, C., Landry, G., & Panaccio, A. (2009). L'engagement organisationnel. *Comportement organisationnel, volume 3 : Théories des organisations, motivation au travail, engagement organisationnel* (pp. 275-306). Bruxelles: Groupe De Boeck.
- Van Der Ploeg, E. (2003). Critical incidents and chronic stressors at work: Their impact on forensic doctors. *Journal of Occupational Health Psychology*, 8(2), 9.
- Van Vegchel, N. (2005). Two models at work: a study of interactions and specificity in relation to the demand-control model and the effort-reward imbalance model. Dissertation thesis, Utrecht University, Utrecht.
- Vincent, L., Coburn, W. (2011). 2011 ACGME Duty hour week proposal- A national survey of family medicine residents. *Family medicine*, 43(5), 318-324.
- Viviers, S., Lachance, L., Maranda, M.-F., & Ménard, C. (2007). Étude de la santé psychologique des ophtalmologistes québécois. *Canadian Journal of Ophthalmologists*.

- Viviers, S., Lachance, L., Maranda, M. F., & Ménard, C. (2008). Burnout, psychological distress, and overwork: the case of Quebec's ophthalmologists. *Canadian Journal of Ophthalmologists*, 43, 535-546.
- Voydanoff, P. (2007). *Work, Family, and Community : Exploring Interconnections*. Mahwah, NJ: Routledge Publishing.
- Waddimba, A., Burgess, J. F., Young, G. J., Beckman, H. B., & Meterko, M. (2013). Motivators and hygiene factors among physicians responding to explicit incentives to improve the value of care. *Quality management in health care*, 22(4), 276.
- Wallace, J. E., & Lemaire, J. (2007). On physician well being -You'll get by with a little help from your friends. *Social Science and Medicine*, 64(12), 2565-2577.
- Wallace, J. E., & Lemaire, J. (2013). Physician coping styles and emotional exhaustion. *Industrial Relations*, 68(2), 187-209.
- Wallace, J. E. (2014). Gender and supportive co-worker relations in the medical profession. *Gender, work and organization*, 21(1). doi:10.1111/gwao.12007
- Walster, E., Walster G. W. & Berscheid, E. (1978). *Equity: Theory and Research*. Allyn and Bacon, Inc.
- Werbel, J. D. (1978). Work and physical health. *Management Alienation*. Symposium conducted at the annual meeting of the Eastern Academy of Management, New-York.
- Werbel, J. D., & Bedeion, A. G. (1989). Intended turnover as a function of age and job Opportunity. *Journal of Organizational Behaviour*, 10, 275-281.
- Werneke, U., Goldberg, D. P., Yalcin, I., & Ustun, B. T. (2000). The stability of the factor structure of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 30(4), 823-829.
- Westaby, J. D. (2005). Behavioral reasoning theory: Identifying new linkages underlying intentions and behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 98, 97-120.
- Whitbourne, S.K. (1986). *Adult development*. New York: Praeger.
- Williams, E. S., Konrad, T. R., Scheckler, W. E., Pathman, D. E., Linzer, M., McMurray, J. E., Gerrity, M., & Schwartz, M. (2001). Understanding physicians' intentions to withdraw from practice: the role of job satisfaction, job stress, mental and physical health. *Health Care Management Review*, 2, 243-62.

- Williams, K. J. (1994). Role stressors, mood spillover, a perception of work and family conflict in employed parents. *Academy of Management Journal*, 37, 837-868.
- Williams, E. S., Konrad, T.R. & Linzer M. (1999). Refining the Measurement of Physician Job Satisfaction: Results from the Physician Worklife Survey. *Medical Care*, 37, 1140-1154.
- Winslow, S. (2005). Work-family conflict, gender, and parenthood, 1977-1997. *Journal of Family Issues*, 26, 727-755.
- Woodruff, J. N., Angelos, P., & Valaitis, S. (2008). Medical professionalism: One size fits all? *Perspectives in Biology and Medicine*, 51(4), 525-534.
- Wynia, M. K. (2008). The short history and tenuous future of medical professionalism: The erosion of medicine's social contract. *Perspectives in Biology and Medicine*, 51(4), 565-578.
- Wynia, M. K., Latham, S. R., Kao, A.C., Berg, J. W., & Emanuel, L. L. (1999). Medical professionalism in society. *New England Journal of Medicine*, 341(21), 1612-1616.
- Wunder, R. Stephen, Thomas W. Dougherty, & Ann Welsh, M. (1982). A causal model of role stress and employee turnover. *Academy of Management Proceedings*, 297-301.
- Xanthopoulou, D., Bakker, A. B., Dollard, M. F., Demerouti, E., Schaufeli, W. B., Taris, T. W., & Paul, J. G. S. (2007). When do job demands particularly predict burnout? *Journal of Managerial Psychology*, 22(8), 766-786. doi: 10.1037/0021-9010.93.4.901
- Yavas, O., Babakus, E, & Karatepe, O. M. (2008). Attitudinal and behavioural consequences of work-family conflict and family-work conflict. Does gender matter? *International Journal of Service Industry Management*, 19, 7-31.
- Zhao, H., Wayne, S., Glibkowski, B., & Bravo, J. (2007). The impact of psychological contract breach on work-related outcomes: a meta-analysis. *Personnel Psychology*, 60(3), 647-680.
- Zeffane, R. A., & Gul F.A. (1995). Determinants of employee turnover intentions: An exploration of a contingency (P-O) model. *International Journal of Employment studies*, 3(2), 91-116.

Annexes

Annexe A : Définitions opérationnelles des variables et leur consistance interne

	Mesures	Sous-items	Moyenne (ÉT)	Alpha de Cronbach
Conflit travail-famille	Mesuré à l'aide d'une échelle de type Likert allant de 1 = Complètement en désaccord à 5 = Complètement en accord sur le conflit travail-famille ressenti selon les cinq raisons suivantes:	- Stress - Engagement - Obligations - Empiètement - Responsabilités	3.22 (0.94)	0.89
Intention de quitter	Mesuré à l'aide d'une échelle de type Likert allant de 1 = Jamais à 5 = Chaque jour sur la fréquence à laquelle ils ont pensé à faire des changements dans leur pratique selon cinq aspects suivants:	- Endroit géographique - Quitter médecine - Lieu de travail - Concentration - Désengagement RAMQ	1.68 (0.67)	0.71
Engagement au travail	Mesuré à l'aide d'une échelle de type Likert allant de 0 = Jamais à 6 = Tous les jours sur la façon dont ils se sentent au travail pour les sept aspects suivants:	- Énergie - Vigueur - Enthousiasme - Inspiration - Motivation - Contentement - Fierté	4.67 (1.11)	0.92
Détresse psychologique (GHQ partie 1 : anxiété)	Mesuré à l'aide d'une échelle de type Likert allant de 1 = Plus que d'habitude à 4 = Bien moins que d'habitude à propos de leur récente expérience au travail concernant six items :	- Concentration - Utilité - Capable - Satisfaction - Face aux difficultés - Heureux	1.90 (0.63)	0.84
Détresse psychologique (GHQ partie 2 : épuisement)	Mesuré à l'aide d'une échelle de type Likert allant de 1 = Pas du tout à 4 = Bien plus que d'habitude à propos de leur récente expérience au travail concernant six items:	- Sommeil -Tension - Surmonter les difficultés - Malheureux et déprimé - Perte de confiance - Moins que rien	2.18 (0.36)	0.86
Exigences au travail	Mesuré à l'aide d'une échelle de type Likert allant de 1 = Complètement insatisfait à 6 = Complètement satisfait à propos des exigences de leur travail concernant cinq items :	- Temps tâches administratives - Temps patients - Communication - Système dossiers - Transfert des dossiers	3.71 (1.13)	0.73
Ressources au travail	Mesuré à l'aide d'une échelle de type Likert allant de 1 = Complètement insatisfait à 6 = Complètement satisfait à propos des ressources au travail concernant six items :	- Disponibilité infirmières - Disponibilité autre qu'infirmier - Relation avec employés - Disponibilité locaux - Disponibilité équipements - Valorisation du titre	4.12 (1.10)	0.81

Annexe B : Descriptions des instruments et leur unidimensionnalité

Conflit travail-famille		
Items :	Communalities	Coefficients de saturation
Item 1 : Il m'est difficile de combler mes engagements familiaux en raison du stress que m'apporte mon travail de médecin.	0.71	0.846
Item 2 : À cause de mes engagements envers mes collègues et mes patients, je dois modifier certains engagements envers la famille.	0.66	0.811
Item 3 : En raison de la durée de mes heures de travail et d'heures de garde, j'ai du mal à assumer mes obligations familiales.	0.76	0.870
Item 4 : Mon travail de médecin est tellement absorbant qu'il empiète sur ma vie familiale.	0.80	0.891
Item 5 : Il y a des activités que j'aimerais faire dans mon temps personnel que je ne trouve pas le temps de faire à cause de mes responsabilités envers ma profession et mes patients.	0.63	0.793
Explained variance		71,06 %
Eigenvalue		3.55
Intention de quitter		
Items :	Communalities	Coefficients de saturation
Item 1 : Changer d'endroit géographiquement mais garder le même genre d'emploi.	0.46	0.68
Item 2 : Quitter la médecine pour faire autre chose.	0.48	0.69
Item 3 : Changer de milieu de travail (clinique vs hôpital vs centre universitaire vs CLSC).	0.60	0.77
Item 4 : Changer de concentration (familiale vers spécialité ou l'inverse ou encore d'une spécialité à une autre).	0.46	0.68
Item 5 : Pratiquer en clinique privée et désengagé(e) de la RAMQ.	0.33	0.58
Explained variance		46,63 %
Eigenvalue		2.33
Engagement au travail		
Items :	Communalities	Coefficients de saturation
Item 1 : Je déborde d'énergie pour mon travail.	0.63	0.796
Item 2 : Je me sens fort(e) et vigoureux(se) pour faire ce métier.	0.70	0.838
Item 3 : Je suis passionné(e) par mon travail.	0.79	0.887
Item 4 : Faire ce métier est stimulant.	0.80	0.894

Item 5 : Lorsque je me lève le matin, j'ai envie d'aller travailler.	0.74	0.858
Item 6 : Je suis content(e) lorsque je suis captivé(e) par mon activité.	0.64	0.803
Item 7 : Je suis fier(e) du travail que je fais.	0.55	0.743
Explained variance		69,34 %
Eigenvalue		4.85

Détresse psychologique : Anxiété

Items :	Communalities	Coefficients de saturation
Item 1 : Vous êtes senti(e) capable de vous concentrer sur ce que vous faisiez ?	0.54	0.731
Item 2 : Avez eu l'impression de vous rendre utile?	0.45	0.673
Item 3 : Vous êtes senti(e) capable de prendre des décisions en général ?	0.58	0.760
Item 4 : Avez été capable de tirer satisfaction de vos activités quotidiennes?	0.60	0.774
Item 5 : Avez été capable de faire face aux difficultés ?	0.57	0.755
Item 6 : Vous êtes senti(e) raisonnablement heureux(se), tout compte fait ?	0.64	0.797
Explained variance		56,14 %
Eigenvalue		3.37

Détresse psychologique: Épuisement

Items :	Communalities	Coefficients de saturation
Item 1 : Avez mal dormi à cause de préoccupations ?	0.46	0.680
Item 2 : Vous êtes senti(e) constamment sous tension ?	0.60	0.772
Item 3 : Avez eu l'impression de ne pas pouvoir surmonter les difficultés ?	0.71	0.840
Item 4 : Vous êtes senti(e) malheureux(se) et déprimé(e)?	0.68	0.826
Item 5 : Avez perdu confiance en vous?	0.62	0.787
Item 6 : Avez eu l'impression d'être un(e) "moins que rien"?	0.46	0.679
Explained variance		58,58 %
Eigenvalue		3.57

Exigences au travail

Items :	Communalities	Coefficients de saturation
Item 1 : Temps accordé aux tâches administratives	0.48	0.696
Item 2 : Temps accordé aux patients	0.48	0.691
Item 3 : Communication avec les gestionnaires de l'établissement	0.47	0.684
Item 4 : Système de tenue de dossiers	0.49	0.697
Item 5 : Transfert des informations liées au dossier du patient lorsque vous le référez à un spécialiste	0.49	0.702

Explained variance		48,15 %
Eigenvalue		2.41
Ressources au travail		
Items :	Communalities	Coefficients de saturation
Item 1 : Disponibilité du personnel infirmier	0.60	0.773
Item 2 : Disponibilité du personnel (autre qu'infirmier)	0.68	0.823
Item 3 : Relation avec les autres employés	0.37	0.610
Item 4 : Disponibilité des locaux	0.55	0.744
Item 5 : Disponibilité des équipements médicaux	0.61	0.783
Item 6 : La valorisation de votre titre d'omnipraticien au sein de la profession	0.31	0.559
Explained variance		52,11 %
Eigenvalue		3.13

Annexe C : Définitions des variables et les descriptions statistiques

Variables binaires	
Genre	Variable dichotomique : <ul style="list-style-type: none"> Codée “1” si le répondant a indiqué Masculin et “0” si le répondant a indiqué Féminin.
Statut civil	Variable dichotomique : <ul style="list-style-type: none"> Codée “1” si le répondant a indiqué Marié(e) ou conjoint(e) de fait, et “0” si le répondant a indiqué Célibataire, sérapré(e), divorcé(e), veuf/veuve.
Enfants à charge	Variable dichotomique : <ul style="list-style-type: none"> Codée “1” si le répondant a indiqué avoir des enfants à charge, et “0” si le répondant a indiqué ne pas en avoir.
≥ 46 ans	Variable dichotomique : <ul style="list-style-type: none"> Codée “1” si le répondant a indiqué se trouver dans le groupe d’âge des 46 ans et plus, et “0” si autrement.
32 à 45 ans	Variable dichotomique : <ul style="list-style-type: none"> Codée “1” si le répondant a indiqué être dans le groupe d’âge des 32 à 45 ans, et “0” si autrement.
Clinique privée	Variable dichotomique : <ul style="list-style-type: none"> Codée “1” si le répondant a indiqué Clinique privée/clinique sans rendez-vous, et “0” si autrement.
Hôpital universitaire	Variable dichotomique : <ul style="list-style-type: none"> Codée “1” si le répondant a indiqué l’Hôpital universitaire, et “0” si autrement.
Hôpital (non-universitaire)	Variable dichotomique : <ul style="list-style-type: none"> Codée “1” si le répondant a indiqué l’Hôpital (non-universitaire), et “0” si autrement.
Clinique communautaire	Variable dichotomique : <ul style="list-style-type: none"> Codée “1” si le répondant a indiqué Clinique communautaire, et “0” si autrement.

Annexe D : Corrélations entre les variables continues

	Tolerance statistique VIF	Engagement	DétressePsy (Épuisement)	Exigences
Engagement	.785	1	-.393	.244
DétressePsy (Épuisement)	.537	1.864	1	-.288
Exigences	.861	1.162		1

Annexe E : Copie du questionnaire de recherche et formulaire de consentement

Questionnaire FMOQ

1. Invitation à participer au projet de recherche « Variables liées à la rétention des médecins omnipraticiens du Québec »

**Cynthia Mathieu Ph.D. Co-chercheure, Département des sciences de la gestion, UQTR.
Caroline Mathieu M.Sc. Co-chercheure, Doctorante Université Laval.**

Objectifs

Les objectifs de ce projet de recherche sont d'identifier les variables qui jouent un rôle dans l'intention de quitter chez les médecins omnipraticiens au Québec. Ces variables sont d'ordre personnel et organisationnel. Les résultats permettront de mieux comprendre les facteurs liés à la rétention chez les médecins québécois et d'offrir des recommandations.

Tâche

Votre participation à ce projet de recherche consiste à remplir le questionnaire ci-joint qui prend environ 12 minutes à remplir.

Confidentialité

Les données recueillies au cours de cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée. Tous les questionnaires se verront attribuer un code numérique. Les résultats de la recherche seront diffusés sous forme d'articles scientifiques, de conférences, mais ne permettront pas d'identifier les participants.

Participation volontaire

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non et de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications.

Renseignements sur la recherche

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Cynthia Mathieu Ph.D., professeur, département des sciences de la gestion, Université du Québec à Trois-Rivières, C.P. 500. Trois-Rivières, Qc, G9A 5H7. Courriel : cynthia.mathieu@uqtr.ca Tél. : (819) 376-5011 poste 3165.



Je confirme avoir lu et compris la lettre d'information ci-haut au sujet du projet « variables liées à la rétention chez les médecins

Questionnaire FMOQ

québécois ». J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucune pénalité.

2. Votre état civil

- Célibataire, séparé(e), divorcé(e), veuf(veuve)
 Marié(e) ou conjoint(e) de fait

3. Avez-vous des enfants ou d'autres personnes à charge dont vous avez la responsabilité?

- Oui
 Non

4. De quel sexe êtes-vous?

- Féminin
 Masculin

5. Votre année de naissance?

Répondez avec quatre chiffres. ex: 1965

6. Dans quelle région administrative du Québec pratiquez-vous PRINCIPALEMENT?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="radio"/> Bas-St-Laurent | <input type="radio"/> Outaouais | <input type="radio"/> Lanaudière |
| <input type="radio"/> Saguenay-Lac-St-Jean | <input type="radio"/> Abitibi-Témiscamingue | <input type="radio"/> Laurentides |
| <input type="radio"/> Capitale-Nationale | <input type="radio"/> Côte-Nord | <input type="radio"/> Montérégie |
| <input type="radio"/> Mauricie | <input type="radio"/> Laval | <input type="radio"/> Centre-du-Québec |
| <input type="radio"/> Estrie | <input type="radio"/> Nord-du-Québec | <input type="radio"/> Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine |
| <input type="radio"/> Montréal | <input type="radio"/> Chaudière-Appalaches | |

7. Veuillez cocher toutes les cases pertinentes à votre type d'emploi.

- Je pratique la médecine (familiale) à temps partiel ou à temps plein
 Je suis en congé sabbatique ou congé sans solde d'une pratique médicale active
 Autre

Questionnaire FMOQ

8. Veuillez indiquer lequel des milieux ci-dessous est votre milieu de travail PRINCIPAL (c'est-à-dire le milieu où vous passez le plus de votre temps de travail).

- Cabinet privé/ Clinique privée / Clinique sans rendez-vous
- Centre hospitalier universitaire (CHU) ou centre universitaire de santé (CUS)
- Centre hospitalier (qui n'est pas un centre universitaire)
- Clinique communautaire/ Centre de soins communautaire ou CLSC
- Unité de recherche, bureau administratif, professeur ou faculté de médecine
- Autre

9. Combien d'heures PAR SEMAINE consacrez-vous auprès de vos patients?

Répondez en deux chiffres

(ou trois si nécessaire).

ex:45

10. Combien d'heures, en fait, travaillez-vous PAR SEMAINE (incluant les tâches administratives, réunions, conférences, etc.)?

Répondez avec deux

chiffres (ou trois si

nécessaire). ex:60

11. Veuillez sélectionner une réponse allant de "Totalemt en désaccord" à "Totalemt en accord" pour les énoncés suivants. Le terme « famille » peut aussi bien représenter votre conjoint, vos enfants ou votre vie personnelle en général.

	Totalemt en désaccord	En désaccord	Ni en accord, ni en désaccord	En accord	Totalemt en accord
Il m'est difficile de combler mes engagements familiaux en raison du stress que m'apporte mon travail de médecin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
À cause de mes engagements envers mes collègues et mes patients, je dois modifier certains engagements envers la famille.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En raison de la durée de mes heures de travail et d'heures de garde, j'ai du mal à assumer mes obligations familiales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mon travail de médecin est tellement absorbant qu'il empiète sur ma vie familiale.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il y a des activités que j'aimerais faire dans mon temps personnel que je ne trouve pas le temps de faire à cause de mes responsabilités envers ma profession et mes patients.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Questionnaire FMOQ

12. AU COURANT DE LA DERNIÈRE ANNÉE, à quelle fréquence vous avez pensé à:

	Jamais	Quelques fois par année	Quelques fois par mois	Quelque fois par semaine	Chaque jour
Changer d'endroit géographiquement mais garder le même genre de poste.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quitter la médecine pour faire autre chose.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Changer de milieu de travail (clinique vs hôpital vs centre universitaire vs CLSC).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Changer de concentration (familiale vers spécialité ou l'inverse ou encore d'une spécialité à une autre).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pratiquer en clinique privée et désengagé(e) de la RAMQ.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. En songeant aux DEUX PROCHAINES ANNÉES, veuillez cocher les changements que vous comptez faire.

- Déménager votre pratique ailleurs au Québec.
- Déménager votre pratique dans une autre province canadienne.
- Quitter le Canada pour pratiquer dans un autre pays.
- Quitter le régime de la RAMQ et pratiquer dans le secteur privé.
- Prendre votre retraite ou quitter la médecine pour faire autre chose.
- Aucun changement mentionné ci-haut.

14. Les énoncés suivants portent sur vos sentiments par rapport à votre travail. Lisez les énoncés et sélectionnez la fréquence à laquelle vous vivez ces sentiments par rapport à votre travail.

	Jamais	Quelques fois par année ou moins	Une fois par mois ou moins	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelque fois par semaine	Tous les jours
Je déborde d'énergie pour mon travail.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me sens fort(e) et vigoureux(se) pour faire ce métier.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je suis passionné(e) par mon travail.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faire ce métier est stimulant.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lorsque je me lève le matin, j'ai envie d'aller travailler.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je suis content(e) lorsque je suis captivé(e) par mon activité.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je suis fier(e) du travail que je fais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je suis complètement absorbé(e) par mon travail.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je suis littéralement plongé(e) dans mon travail.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Questionnaire FMOQ

15. Récemment est-ce que vous: (cochez la réponse)

	Bien moins que d'habitude	Moins que d'habitude	Comme d'habitude	Plus que d'habitude
Vous êtes senti(e) capable de vous concentrer sur ce que vous faisiez ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez eu l'impression de vous rendre utile?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous êtes senti(e) capable de prendre des décisions en général ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez été capable de tirer satisfaction de vos activités quotidiennes ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez été capable de faire face aux difficultés ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous êtes senti(e) raisonnablement heureux(se), tout compte fait ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. Récemment est-ce que vous: (cochez la réponse)

	Pas du tout	Pas plus que d'habitude	Un peu plus que d'habitude	Bien plus que d'habitude
Avez mal dormi à cause de préoccupations ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous êtes senti(e) constamment sous tension ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez eu l'impression de ne pas pouvoir surmonter les difficultés ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous êtes senti(e) malheureux(se) et déprimé(e) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez perdu confiance en vous?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez eu l'impression d'être un(e) "moins que rien"?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. En complétant les énoncés de cette question, concentrez-vous sur le stress en lien avec votre travail et non sur le stress venant de d'autres sources (ex: vie personnelle).

Au cours des SIX DERNIERS MOIS, à quelle fréquence avez-vous...

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Tout le temps
Été incapable de vous concentrer sur votre travail dû au stress lié au travail.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Passé une partie importante de votre journée de travail à gérer le stress lié au travail.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Été distrait dans l'exécution de vos tâches par le stress lié au travail.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilisé l'énergie mentale que vous pourriez dépenser au travail pour gérer des stressseurs liés au travail.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Retardé le début de nouveaux projets à cause du stress.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Passé du temps à discuter avec des collègues des situations stressantes au travail.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous pris des pauses plus longues que vous le devriez.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous êtes-vous présenté en retard au travail même lorsque vous auriez pu arriver à temps.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous mis moins d'efforts dans votre travail que vous auriez pu mettre.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous appelé pour dire que vous étiez malade même si vous ne l'étiez pas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Questionnaire FMOQ

18. Veuillez identifier le degré de SATISFACTION associé à chacun des énoncés suivants qui portent sur des aspects de votre travail en tant que médecin et indiquer, pour chacun des éléments, s'il est important pour vous. Si l'énoncé ne s'applique pas, veuillez cocher la case 'ne s'applique pas'.

	Totalement insatisfait	Moyennement insatisfait	Un peu insatisfait	Un peu satisfait	Moyennement satisfait	Totalement satisfait	Ne s'applique pas
A- Flexibilité des horaires de travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B- Temps accordé aux tâches administratives	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C- Disponibilité du personnel infirmier	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D- Disponibilité du personnel (autre qu'infirmier)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E- Temps accordé aux patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F- Communication avec les gestionnaires de l'établissement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
G- Relation avec vos collègues médecins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
H- Relation avec les autres employés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I- Salaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J- Système de tenue de dossiers	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
K- Disponibilité des locaux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L- Disponibilité des équipements médicaux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
M- Conditions des locaux pour dormir la nuit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N- Accessibilité à votre milieu de travail (stationnement)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O- Transfert des informations liées au dossier du patient lorsque vous le référez à un spécialiste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
P- La valorisation de votre titre d'omnipraticien au sein de la profession	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. Veuillez identifier les trois énoncés les plus importants à améliorer pour vous aidez à bien accomplir votre travail (vous devez choisir parmi les énoncés de la question 18). Veuillez les identifier en inscrivant leur lettre correspondante en lettre majuscule.

exemple: D

Le plus important:

Le 2e plus important:

Le 3e plus important:

Questionnaire FMOQ

20. Les vingt énoncés suivants sont reliés à la façon dont vous vous sentez au travail. Veuillez lire attentivement chaque énoncé et décidez combien de fois vous avez ce sentiment face à votre travail.

	(Presque) jamais	Quelquefois	Souvent	(Presque) toujours
Je n'apprécie pas être surchargé(e) de travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'aimerais ne pas me sentir si engagé(e) envers mon travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je semble pressé(e) et courir contre la montre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je continue à travailler après que mes collègues aient quitté	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il me semble important de travailler durement même quand je n'aime pas ce que je fais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me garde occupé(e) et mène plusieurs projets de front	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je pense au travail même quand je m'en éloigne pour quelque temps	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je m'engage trop en prenant plus de travail que ce que je peux faire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je semble avoir une compulsion interne à travailler durement, un sentiment que c'est quelque chose que je dois faire, que je le veuille ou non	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me présente au travail même si je me sens malade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je tends à me mettre de la pression avec des échéanciers que je m'impose quand je travaille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je sens qu'il y a quelque chose en moi qui me pousse à travailler fort	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je passe plus de temps à travailler qu'à sociabiliser avec mes amis, ou à faire des activités de loisirs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me sens coupable quand je ne travaille pas à quelque chose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me sens obligé(e) de travailler beaucoup, même lorsque ce n'est pas agréable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je travaille les fins de semaine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je réalise que je fais deux ou trois choses en même temps tel que manger mon repas et rédiger une note de service tout en parlant au téléphone	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me sens coupable quand je prends congé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C'est difficile pour moi de relaxer quand je ne travaille pas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'amène du travail à la maison	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Annexe F : Copie du premier article de thèse publié en janvier 2013

APPLICATION OF THE JOB DEMANDS-RESOURCES MODEL TO FAMILY PHYSICIANS AND THEIR INTENT TO LEAVE: PROPOSAL OF A NEW MODEL

Caroline A. Mathieu, Université Laval, Québec, Canada
Caroline Biron, Université Laval, Québec, Canada
Cynthia Mathieu, Université du Québec à Trois-Rivières, Québec, Canada

ABSTRACT

In this article we tried to understand the intent to leave of family physicians to retain them and also make the profession more attractive by using the work-family conflict as an independent variable because it seems to be one of the most important causes explaining this phenomenon in the literature and according to statistics on Quebec family physicians. A literature review showed us that doctors have high work demands and do not have many resources available to them. This imbalance between demands and resources has several consequences in terms of psychosocial risks. By using the stress model of the job demands-resources model, consistent with the Resource Conservation Theory, we built a new model called the "Demands-resources Conflict Model". It integrates research by Bakker and Demerouti on the JD-R model and the work-family conflict and incorporates the "intent to leave", a variable studied.

Keywords: *Job demands-resources model, Family physicians, Work-Family conflict, Intent to leave*

1. INTRODUCTION

Quebec's health system is currently affected by clogging of emergency rooms and delays in reporting on patient analyses. This situation creates additional pressure for doctors who try to reduce these deadlines. It seems that doctors must also live with a significantly increased administrative load that becomes more and more complicated year after year (Maranda, Gilbert, Saint-Arnaud & Vézina, 2006). This sometimes forces some doctors to bring work home with them (Maranda, Gilbert, Saint-Arnaud & Vézina, 2006). Personal or sick leave is also not being replaced (Maranda, Gilbert, Saint-Arnaud & Vézina, 2006). Doctors must now plan their daily schedule in urgent mode. This brings the health system to prioritize emergencies and reconsider its operating mode to optimize patient care. One of the solutions proposed by all political parties and the Quebec Federation of General Practitioners (FMOQ) is to unclog hospitals by providing family physicians to all citizens. The role of family physicians is to treat non-urgent cases and direct patients toward the appropriate specialists if necessary. This procedure might rid hospitals of minor cases that could be dealt with in private clinics by family physicians. The main problem consists in providing family physicians to all Quebecers as there are not enough of them. There are a little more than 8,000 family physicians in Quebec and according to the FMOQ, we would roughly need an additional 2,000 of them to meet the demand (Trottier, L.H., 2003).

Our research on the situation of family physicians in Quebec reflects the urgency of the situation. To attract resident doctors to the branch of family medicine or keep the family physicians already in place, it is important to understand their current situation to see what can be improved to make this career choice more attractive. We will start by defining the work conditions of doctors and the consequences of the psychosocial risks experienced by these doctors. We will thus define the key concepts and index literature on existing models to make our case.

We will define the doctors' current work conditions using the two independent variables of the theoretical model of Bakker and his colleagues, the job demands-resources (JD-R) model, presented

in 2003 as a new stress model. These two variables are the job demands and job resources. This model (Bakker et al., 2003; Demerouti et al., 2001) assumes that, in spite of the fact that each profession can have its own work-related stress factors, these factors can be split into two main categories (job demands and job resources), thus creating a general model that can be applied to various work environments, independently of particular requirements and implied resources. A second JD-R model postulate includes two psychological processes that play a role in the development of work-related stress and motivation. In the first process, health deterioration, misconfigured jobs or a high work demand (for example, additional work and emotional requirements) tires employees mentally and physically and can thus lead to an energy reduction (a state of exhaustion) and health problems (Demerouti et al., 2000, 2001; Leiter, 1993). The second process suggested by the JD-R model is the type of motivation through which it is presupposed that the work resources have a potential impact on motivation and lead to a high commitment, reduced cynicism and excellent performance. In addition to the main effects of work-related demands and resources, the JD-R model concludes that the interaction between these two variables is important in the development of work-related stress, motivation and work-family conflicts. More precisely, it is shown that work resources can mitigate the impact of the demands on stress, including professional exhaustion (Bakker et al., 2003). This assumption is coherent with Karasek's DCM model (Karasek, 1979, 1990) but pushes it further by stating that various resources of several jobs can play the role of moderator for several work-related demands.

1.1. Doctors' work conditions

1.1.1. Work-related demands

Workload

Quebec family physicians mostly work in private clinics, which leads them to have to fill the administrative functions linked their private clinics. This administrative workload is a constant source of stress for doctors (Association of Professional Assistance to Liberal Doctors, 2010), and is one of the main causes of burnout (Bonnières et al., 2010; Leopold, 2009) in addition to being a significant suicide risk element for doctors (Leopold, 2009).

Doctors feel as though they are constantly overworked (Goehring, 2005; Viviers et al., 2007). A study carried out in paediatric units showed that in almost half of cases (46%), the clinical workload was regarded as excessive (Thommasen et al., 2001). Given the work schedules, only 22% of the doctors consulted believed that they could work in these units past 50. According to the Association of Professional Assistance to the Liberal Doctors (2010), which represents 25,000 doctors from Île-de-France, doctors are not dispensing the same quality care because they are exhausted and overworked. The Association states that eight out of ten doctors often feel rushed. In a research, Leopold (2009) analyzed the data of investigations conducted by the Autonomous Case of Retirement of the Doctors of France (CARMF) and the Regional Union of the Liberals doctors (URML), and concluded that the main cause of burnout among doctors was overwork.

Some doctors experience professional exhaustion because they questions their career choice, the sacrifices they have to make in terms of leisure activities and idea of having limited control on the services they provide to their patients (Bertges Yost et al., 2005). They struggle between dispensing quality care to patients and servicing as many patients as possible to shorten the waiting lists. Moreover, their remuneration is such that the more consultations they make, the better their income.

Individual characteristics

Lloyd (1994) showed that Quebec doctors are more dissatisfied with their work than elsewhere in Canada and the fact that Quebec pays them less and is the province with the smallest proportion of hospital units may have something to do with it.

Patients and posttraumatic shocks

One of the important factors of the work of doctors and especially of general practitioners is the relationship they have with patients and their families. This relationship can be stressed upon the announcement of bad news for example (Bertrand et al., 2000). Doctors must also learn to compose with the requests of patients and their families.

Van der Ploeg and his colleagues (2003) examined the relationship between factors of acute and chronic stress and health symptoms, like post-traumatic answers, tiredness and professional exhaustion. They believed that this relationship had often been neglected. It was studied using a sample of doctors from eleven public health services in the Netherlands. It was noted that the more traumatizing the events encountered by respondents, the harder it was for respondents to deal with these events. Chronic stressors were associated with post-traumatic answers (intrusion and avoidance), like with exhaustion and tiredness. From the post-traumatic reactions, we can establish a correlation with tiredness and between tiredness and exhaustion (Van der Ploeg, 2003).

1.1.2. Work-related resources

The lack of resources available to doctors to meet the demands of the current health system makes their work difficult. Problems vary between the lack of space, time or resources due to economic constraints (Bonnières et al., 2010). Work schedules and lower incomes caused psychological distress according to Shanafelt and his colleagues (2010).

Colleagues

One of the important resources in the work of family physicians is the support of fellow doctors and nurses and the administrative assistants in their private clinics. According to Maranda and her colleagues (2006), certain doctors describe the lack of solidarity and honesty among certain colleagues, which caused them stress. Les Conseils départementaux de l'Ordre des médecins (2008) reported that family physicians were more dissatisfied with their work conditions than other medical specialists and suffered from a lack of recognition by their peers. This is consistent with the campaign of the Quebec Federation of General Practitioners in 2011 and 2012, which asked for a higher salary and greater work recognition. This is in fact why general practitioners are considered specialists like any other in Quebec since 2012. In Quebec, family physicians must complete mandatory hospital hours (imposed by Quebec government). That being said, the availability of healthcare employees (nurses...) is a cause of stress for doctors and is ranked second in the obstacles disrupting the work of doctors. It is also a source of constant tension (the College of Family Physicians of Canada - Canadian Medical Association and the Royal College of Doctors and Surgeons of Canada, 2007; Roucayrol, 2001).

Training

In the specific case of family physicians, a lack of training in the proper management of a private clinic combined with a high bureaucracy demand can be an important source of stress and psychological distress (Sutinen et al., 2002). Moreover, doctors must compose with all kinds of patients, and they tell us that they need training to help them respond to the risks of violence and harassment by customers (Coverdale et al., 2001).

Regrouping of family physicians by the government

The Quebec government requires doctors to create "Family Physician Groups". A study by Tieaskie (2000) showed that in this type of association, the communication and independence of doctors who must work with non-medical managers causes doctors to have problems providing proper patient healthcare.

1.2. Exposure and consequences of psychosocial risks

Stress

Work-related stress is conceptualized as a conflict of work-related roles, an overload of these roles and an ambiguous work-related role (Cooke and Rousseau, 1984; House et al., 1983; Rizzo et al., 1970). Work-related stress can create conflict symptoms such as tension, anxiety, tiredness, depression, indifference and irritability (Brief et al., 1981; Ivancevich and Matteson, 1980). The starting point of several models in the health literature is that work-related stress results from an imbalance between requirements facing employees and the resources at their disposal. An empirical research indicates that professions that are relatively more stress-inclined include managers, teachers and health professionals. A study involving British doctors showed that doctors are more dissatisfied with their job, are more stressed at work, are more depressed and anxious, and consume more alcohol than their Canadian counterparts (Rout & Rout, 1997).

In a study on stress involving English nurses and doctors, it was noted that male family physicians were significantly more anxious and depressive than the rest of the British population (Rout, 1999a). In a sample of Scottish families with two medical careers, male doctors viewed their work as more stressful and less satisfactory than their female colleagues (Swanson and Power, 1999). Being on call, complying with professional ethical commitment and dealing with a family-work imbalance were the principal sources of conflict affecting marital relationships. In another study involving English family physicians, Rout (1999b) noted that female general practitioners showed positive signs of psychological wellbeing in contrast with a normative group, while male doctors showed a significantly higher level of anxiety (depression) compared to the rest of the population. In a study on work-family stress and family-work stress among Scottish family physicians (Swanson, Power & Simpson, 1998), it was noted that stress involved an increase in the complexity of the work-family roles for male and female doctors, but was not related to job satisfaction. Aziz (2004) carried out a study on stress involving 153 doctors from the southeastern part of the U.S.A.. A factorial analysis identified six stress factors, which accounted for 49.03% of the total variance. The workload was the first factor explaining the greatest amount of variance (15.13%), followed by the work environment (13.18%), hospital (6.36%), nature of work (5.01%), external environment (4.88%) and conflict role (4.53%). This study showed that these doctors worked on average 58.03 hours a week.

According to a study conducted by Makames and his colleagues (2012), doctors suffer from overwork and must work long consecutive hours. Their three main sources of stress are work, finances and concern for their family.

Psychological distress and exhaustion

In addition to the lack of family physicians in Quebec, those already in place have certain health problems. Indeed, about half (45.7%) of doctors aged 35 to 44 who answered the survey by the Canadian Medical Association (n=2,251) mentioned suffering from tiredness or professional exhaustion (Crépeau, 2003). This study showed that 47.6% of female doctors and 44.6% of male doctors were at an advanced stage of professional exhaustion. The perception of overwork has more impact on the work of doctors than the actual amount of work (Thommasen et al., 2001). According to the Canadian Medical Association (2004), doctors show a psychological distress rate of nearly 46%, and one of the main reasons is precisely overwork.

According to a study by Wallace and Lemaire (2007) on Canadian doctors, this high work demand affects the psychological wellbeing of doctors. It seems that the negative effect of overwork could be decreased by an important resource, namely the support of colleagues. A study involving Quebec ophthalmologists and dealing with the main sources of stress of these doctors showed that overwork and the concern with being replaced ranked high. These stress factors mainly caused exhaustion and a psychological distress for these doctors (Fish et al., 2008).

Work dissatisfaction

In their research, Jackson-Malik (2005) used Locke's (1976) definition of job satisfaction: "A pleasant or positive emotional state resulting from the evaluation of its work or experiment of work". Job satisfaction is related to the medical organization or the way in which it functions, like with the relationship with colleagues (Esteban, 2003). Doctors who are the least satisfied at work have more difficulty caring for their patients (Devote et al., 2002). As reported by qualitative comments received from more than one thousand nurses, Corey-Lisle and his colleagues (1999) found a strong negative correlation between stress and job satisfaction. This stress, sometimes resulting in a burnout (Bacharach et al., 1991), may at times be a consequence of an emotional tiredness, which is itself correlated with the lack of support from colleagues and excessive work demand (Jenssen et al., 1999). Being overworked and feeling dissatisfied at work are closely linked with the intent to leave a job (Jackson-Malik, 2005). The research work of Jackson-Malik conducted in 22 hospitals and constituting the collection of 2,287 questionnaires filled by nurses, mainly examined the relationship between burnout, job satisfaction and intent to leave. Their results indicated that job satisfaction, and emotional exhaustion and job satisfaction and the intent to leave are negatively correlated. There was also a direct correlation between emotional exhaustion and the intent to leave.

Work disengagement

Two studies using JD-R model showed that work resources have a specific impact on work commitment when work demands are high (Hakanen et al., 2005). Work resources act as moderators and decrease the negative relationship between overwork and work commitment.

Absenteeism, presenteeism and health

A British study revealed that a low disease-related absence rate is a potential health problem for doctors and accountants (McKevitt et al., 1997). Indeed, these two groups have a low absence rate. It was shown that most (more for doctors) had often worked when they felt sick. Presenteeism is a concept indicating the phenomenon according to which a person decides to go at work despite feeling sick while most others would rest or take a sick leave. Sick doctors go in to work mostly because they feel that there is nobody to replace them, their absence is unfair toward colleagues and patients confirmed appointments. Moreover, McKevitt & Morgan (1997) found that a high rate of presenteeism and strong cultural barriers (standards, culture of the workplace and work ethics) worked against taking absence days for doctors working in hospital complexes. These cultural barriers are reinforced by organizational arrangements that impose an additional workload on colleagues in the absence of a doctor. Similar results were obtained in a study conducted on Norwegian and Swedish doctors (Rosvold & Bjertness, 2001; Aronsson et al., 2000). Despite everything that can affect family physicians, it is surprising to note that they do not miss work very often. In fact, even if they have health problems or feel tired, they go to work, often because of the constraints of the work organization.

In 2009, Demerouti, Bakker, Schaufeli & Hox examined the longitudinal relationships between work demands, professional exhaustion (exhaustion and depersonalization) and presenteeism. They collected data using a sample of 258 nurses who filled out questionnaires over three different periods (an interval of one and half year between each evaluation). The results showed that work demands increased the presenteeism rate and that depersonalization stemmed from long-term presenteeism. Exhaustion and presenteeism were both reciprocal, which means that when employees experienced exhaustion, they mobilized compensation strategies that, according to the final analysis, increased their exhaustion.

With regard to health, it was noted that workers with a high presenteeism rate suffered major medical symptoms (back pain, neck pain, tiredness and mild depression) more often than others (Aronsson et al., 1998). This is consistent with the stress signs noted by Michie (2002). Another study on presenteeism was conducted by Dew and his colleagues (2005) and involved groups in three different workplaces in New Zealand, namely a small private hospital, a large public hospital and a small factory. Their research suggests that presenteeism is an important phenomenon in the life of workers

in these various mediums, but the way in which it is rationalized and the factors supporting presenteeism are entirely distinct. A specific work environment must be confronted with different problems that support presenteeism. The model of the research relating to family physicians deals with a group of workers who are particularly affected by presenteeism. This variable is important for family physicians because as seen earlier, several doctors in place do not always go well, and it is important to at least keep those in place and not lose them for medical reasons when lacking family physicians. In a research involving 5,071 English men with no history of myocardial infarction, Kivimäki and his colleagues (2005) found that among these participants, seventeen percent (17%) of employees in bad health had not missed a day of work over the last three years. Their risk of suffering from a coronary accident was double as high as those of employees in bad health who had a moderate absenteeism rate for medical reasons (after adjusting traditional risk factors). Employers and employees must thus be aware of the potentially harmful effects of presenteeism. Work-family conflict and presenteeism and presenteeism with the intent to leave (Johns, 2011; Camerino, 2010; Lerner, 2004) are related. A study involving 1,004 Swedish family physicians showed that high work demands and the constraints combined with weak control multiplies health risks by three (Sundquist et al., 2001). This overwork results in stress and has an impact on the quality of care provided (Arnetz, 1997).

Self-medication, drugs, alcohol and suicide

Worldwide research showed that the rate of doctors with a drug or substance problem is apparently 30 to 100 times higher than in the general population (Rucinski & Cybulska, 1985). Doctors have an alcoholism rate of 13% to 14% (Hugues, Brandenburg & Baldwin, 1992) and a suicide rate twice as high as the general population (Sakinofsky, 1980). This stems from the most frequent cause of stress for doctors and their families, namely the request for work-family balance (Fabri, Macdaniel & Gaskill, 1989).

Doctors have access to drugs, which can become a problem at times of psychological distress. Self-medication is strongly present among doctors (Benneth & O' Donovan, 2001). Researchers thoroughly studied the variables that have an impact on the work-family conflict (which is one of the consequences of the psychosocial risks), like depression (Frone et al., 1992), family satisfaction (Beutell & Wittig-Berman, 1999), excessive alcohol consumption (Frone et al., 1996) and job satisfaction (Netemeyer et al., 1996). Abusive alcohol and drug consumption seems to be one of the causes preceding the suicidal act of Canadian doctors (Léopold, 2009). The suicide rate is significantly higher among doctors than the general population. This proportion is approximately 70% higher for male doctors than the general population and 250 to 400% higher for female doctors than the general population (Hampton, 2005). In Quebec, the government and Coroner's office conducted a study that revealed that for the 154 doctors who had died between 1992 and 2000, 22 had committed suicide (14 family physicians and 8 other specialists), which accounts for 14.3% of deaths. A study by Firth-Cozens (2001) revealed that depression and alcoholism are more frequent among doctors than the general population, but similar to the other healthcare professionals. It seems doctors have trouble asking for help. The major causes of stress seem to be the high work demand and the overwork.

Medical error

A study conducted in England in 1997 revealed that 34% of doctors mentioned recent incidents that they considered resulted from stress symptoms (tiredness, pressure, anxiety and alcohol). For doctors, this stress resulted in a reduction in standards (50%), irritability and anger (40%), serious fault (7%) and death (2%) (Firth-Cozens et al., 1997). This is consistent with a study by Maranda and her colleagues (2006) who stipulated that one of the main stresses affecting doctors daily is the fear of making a medical error or diagnostic wrong diagnosis.

Work-family conflict

A Canadian survey conducted in 2004 revealed that when doctors were questioned on the reasons that had pushed them make various changes in their practice, the main reason for family physicians

was family obligations (24.1%). Moreover, this survey also showed that family obligations pushed 28.7% of female doctors to make various changes in their practice, whereas it only pushed 12.7% of male doctors to do the same. This reason is more important in doctors aged 35 or less (34.9%) and decreases with age to reach 3% with doctors aged 65 and older. In 2010, at the time of this same survey, when doctors were asked to evaluate the importance of certain obstacles that prevented them from taking part in continuous medical training or activities, the term “time away from my family” was rather “significant” or a “very significant” obstacle (28.5% and 21.7% for family physicians). Again in 2010, when doctors had to qualify satisfaction regarding their balance between personal and professional commitments, family physicians were dissatisfied at 34.4% with females having a higher percentage (34.6%) than their male colleagues (30.7%). On this basis, we could assume that these doctors were experiencing a work-family conflict situation. In 2009, Hapogian and his colleagues measured the intent to leave of employees working in Uganda’s health system. The five factors that arose as decreasing the risk of leaving their job were the insignificance of the salary for the employee, an active commitment in the department, an adequate workload, flexibility in balancing work and personal requirements and promotion opportunities.

According to a study by Makames and his colleagues (2012), doctors suffer from overload and the fact that they must work long consecutive hours. Their three main sources of stress were work, finances and their concern for their family. This is in keeping with another Australian study that showed the same results (Schattner, 1998).

Intent to leave

In 2003, the Canadian Medical Association revealed that in Ottawa (the national capital), 50% of doctors thought of quitting their residency and 30% of leaving the profession completely every week. In 2010, a national survey showed that between 2008 and 2010, 0.7% of Quebec’s family physicians (58 doctors) had moved their practice to another Canadian province or another country. This number can seem insignificant but when we consider that a family physician follows-up on approximately 1,000 patients, this affects approximately 58,000 citizens. There are differences between the various age groups (<35: 3.2%; 35-44: 1.2%; 45-54: 0.5%; 55-64: 0.4%; 65>+: 0.2%). In regard to leaving for another Canadian province, the percentage was higher for the <35 (3%) and decreased until the 65> age group (0.2%). With regard to doctors leaving for another country, it is also done at the beginning of the practice (<35: 1.2%; 35-44: 0.5%). This phenomenon arose more among men than women. Doctors thus tend to leave more at the beginning of their practice.

This report also revealed that in addition to lacking doctors, those in place want to decrease their practice hours. When doctors were asked what changes they would like to bring to their practice for the years 2010-2012, 41.8% of family physicians wanted to decrease their number of practice hours while only 13.7% wanted to increase them. In a study by Craig (2005) conducted in 2000 and involving 152 paediatricians from 10 departments in paediatric emergency through Canada, 34 of them planned on changing jobs within the next five years. In this study, the intent to leave was positively correlated with job dissatisfaction. Moreover, job satisfaction was influenced by whether or not doctors were married, had a partner who also worked shifts, had children home (and how many), the full-time status, the salary level and number monthly workshifts. In 1992, Gallery and his colleagues published “A Study of Occupational Stress and Depression among Emergency Physicians”, indicating that doctors with a higher job satisfaction had a lower intent on leaving their speciality. Hall et al. (1999) followed graduate emergency physicians in the United States and concluded that the four most important reasons why doctors left their field was the number of hours in a shift, emotional stress, family considerations and physical stress. It is important to highlight the fact that family physicians’ intent to leave is the best way to predict if they really will leave or not (Hann et al., 2011).

1.3. Work-family conflict and the intent to leave

A crucial impact of the work-family conflict (WFC) is the workers’ intent to leave their jobs (Grinds et al., 2007; Yavas et al., 2008; Netermeyer et al., 2004). A study on medical residents in Sherbrooke (Mathieu & Mathieu, 2012) revealed that 20.2% of their intent to leave their job was connected to the

WFC. It is thus important to take this aspect into consideration when evaluating the “intent to leave” variable.

For this research, the dependent variable is precisely the intent to leave. To retain doctors in their job and also attract medical residents, we will restrict our research to the independent variable that seems to be the most important in the literature review as a strong predictor for the intent to leave and to the most important psychosocial risk namely the work-family conflict. Using the stress model of the job demands-resources, we will try to create a model for the WFC and intent to leave for family physicians. With the JD-R model, we will be able to better understand the impact of the demands and resources of doctors on the psychosocial risks discussed in the first section.

High stress levels linked to an increased WFC can result in wanting to leave a job (Greenhaus et al., 2001). People would leave a job specifically to eliminate the WFC. While the intent to a job (Burke, 1988; Netemeyer et al., 1996) and absenteeism (Goff et al., 1990) were related to the WFC, a certain question remains unanswered according to Boyar and his colleagues in 2003: using an instrument to measure the direct relationship between the WFC and the intent to leave. This article will be useful in answering this gap in the literature. Whereas in the literature the relationship between the WFC and the intent to leave is measured directly, we can only note that the WFC has several negative effects on organizational variables such as job satisfaction (Bruck et al., 2002; Grandey et al., 2005) and commitment (Adams et al., 1996; Frone et al., 1992), only to name a few, and these same two variables are predictors of the intent to leave (Hann et al., 2011; Craig, 2005). A model should be able to explain what occurs between the WFC and the intent to leave on the level of certain organizational variables. Few models were used to try to explain the organizational consequences of the WFC. We will start by trying to redraw the most frequent WFC model used in the literature and then detect gaps to be able to fill them with the proposal of our new model.

1.4. Conservation of the resource theory and theoretical model of the Job demands-resources

Conservation of the resource model supposes that resources can generate other resources. Work resources are not only useful for a particular demand but can generate resources on the personal and family level. Boyar and his colleagues (2003) built a WFC model using data from 432 employees of a plant in the south of the United States. They concluded that the role conflict and the overload generated by this role conflict negatively influences the WFC felt by employees. Moreover, the WFC influences the intent to leave a job directly. This is coherent with the JD-R model and the studies of Bakker et al. (2001) on work-family conflict. The conservation of the resource theory makes it specifically possible to better understand stress on an individual level and is a fundamental theory of motivation. It emphasizes the resources available to an individual and his perception of a situation.

This theory was clarified by Hobfoll (1989) and is based on the postulate that individuals are motivated by looking to preserve, protect and build resources and are stressed with the potential loss of these actual resources. This theory is in keeping with Maslow who stipulates that people seek pleasure instinctively by having physical, social and psychological resources. In the conservation of the resource theory, resources are categorized in five groups: object (value, rarity...), condition (seniority, marriage...), work (support, training...), energy (time, knowledge...) and personal characteristics (self-esteem...). Consistent with the conservation of the resource theory, with the JD-R model, stress can be countered using various resources and these resources can be replaced. The Resource Conservation theory stipulates that individuals can use other resources to clear the stressful loss of a resource (Pearlon et al., 1981).

Consistent with the conservation of the resource theory, Bakker and his colleagues (2003) built the job demands-resources model to explain the stress felt by individuals in relation to work demands and resources. Their basic model was used to verify the relationship between these two independent variables and the two effects on dependent variables, which are the components of exhaustion and work commitment. It should be retained because work demands (pressure, physical environment, quarter of work...) and resources (training, control, support...) have significant effects on different variables. This reveals that work demands are significantly and positively related to the components of exhaustion (the greater the demands, the greater the variable exhaustion) and has a negative

effect on performance. Moreover, the lack of work resources decreases work commitment significantly (Demerouti et al., 2001). From the basic model we must also retain that work resources are used as mediators to decrease the negative effects (e.g. burnout) of high demands on individual (Xanthopoulou, Bakker et al., 2007).

We will now examine the literature to see how we can define our main independent variable, the WFC and the dependent variable, the intent to leave to better understand their predictors and effects to then integrate them into the JD-R model.

2. THE PERSPECTIVE OF THE ROLE STRESS THEORY AND WORK-FAMILY CONFLICT

Using the Role Stress Theory (Kahn, Wolfe, Quinn, Snoek, & Rosenthal, 1964), Grennhaus and Beutell (1985) defined the conflict or interference between work and family life in the following way: "form of inter-role conflict in which the role pressures from the work and family domains are mutually incompatible in some respect". The WFC refers to a task or a duty in a field that cannot be carried out in part or in whole because of responsibilities from the other field.

The Role Stress Theory stipulates that individuals often consider multiple social roles as a burden. The work-family combination often creates more requests than an individual can handle. This leads to a role overload and then to a role conflict. This theory stipulates that a high demand or a demand that is too small in everyday life creates stress. That being said, in our research, it is the stress generated by high demands that interests us. The negative effect of this role conflict can be explained by a high demand and a strong tension generated by this conflict. Work-family demands create demand conflicts, and people who try to answer all the demands increase their risks of psychological distress (Nordenmark, 2004).

Even though work-family role conflicts have been the subject of concern for more or less twenty-five years, researchers have only expressed real concern toward it in the past few years (Edwards and Rothbard, 2000; Frone, 2003). The definition of Grennhaus & Beutell (1985) stipulates that work-family conflicts can pull in two directions (O' Driscoll, 2004). On the other hand, most researchers measure and consider the work-family relationship unidirectional: Work → Family (Parasuraman, Greenberg, Rabinowitz, Bedelan & Mossholder, 1989; Aryee & Luk, 1996; William 1994) or Family → Work. A conflict occurs when a person must take on the role of employee, parent and spouse simultaneously, with limited resources (time, commitment and energy). This causes overload or interference tension between spheres of life. Other researchers adopted a bidirectional perspective for this conflict; the work-family relationship turns out to be reciprocal: Work → Family and Family → Work (Boyar, Maertz, Pearson & Keough, 2003; Frone, Russell & Cooper, 1992). These researchers measured both types of conflict. The study results show that both are distinct even though they are correlated at times. Their results show that the WFC felt by participants is on a higher level than the FWC. For example, in England, the average FWC felt by participants of a study by Simon, Kummerling & Hasselhorn, (2004) was 1.4 (on a scale of one to five, five being the highest) and was 2.8 for the WFC.

Within the framework of this article, the work-family conflict will be measured with a single direction: WORK → FAMILY. Several researchers chose a bidirectional prospect for this conflict and obtained results indicating that the WFC was significantly more correlated with various variables (the intent to leave the profession, the number of hours worked, the number of overtime hours worked, the quantitative work demand, the emotional demands and leaving the workday earlier) and is more pronounced than the FWC in participants (Simon, Kummerling & Hasselhorn, 2004; Boyar, Maertz & Pearson, 2005). A research by St-Onge, Renaud, Guerin & Caussignac (2002) also made it possible to note that satisfaction with regard to life in general as an ultimate variable proved to be significantly influenced only by one of the two types of conflict studied (WFC and FWC), namely the "work → family" conflict. In general, the WFC is associated with family life and work dissatisfaction and an increase in psychological distress (Brough & O' Driscoll, 2005).

In the literature, the term "balance" was added for the term "conflict" and the term work-family "interaction" or "harmonization" was also seen recently. The first solution to answer the WFC was to

emphasize the work-family balance (Rapaport, Bailyn, Fletcher & Pruitt, 2002). To carry out a balance between the two roles, the individual must make an effort and play a part in the company, which must also make efforts to support this balance. That being said, balance proves to be difficult to support in spite of the fact that companies created policies and practices to support it because they are not very efficient (Burke, 2004). The research then turned to work-family harmonization or integration as a solution for the WFC (Rapaport, Bailyn, Kolb & Fletcher, 1998). Accordingly, individuals try to integrate their work-family life in such a way as to increase their satisfaction while trying to vary the nature of the harmonization in order to have various harmonizations depending on the various stages of their corresponding career.

An article by Cooper & Cartwright (1997) explores a range of work-related stress sources and an intervention with three strategic shutters to manage work pressures. Three approaches are highlighted in that article for an intervention at the stress-prevention level: the primary secondary and tertiary sector. The primary approach is interested in stress reduction, the secondary with stress management and the tertiary with remedial support. Moreover, a greater number of political questions are proposed such as the risk evaluation, economic incentives and specific measurements to help SMEs to better manage stress in the work environment. This way of intervening can be applied to the WFC. To come to these stages of harmonization, we must first be able to identify the conflict predictors and understand their effects. Then we must be able to intervene and implement the harmonization.

We will now examine what the literature says about the influencing variables and those influenced by the work-family conflict.

2.1. Work-family conflict predictors

Simon and his colleagues (2004) measured the work-family conflict and family-work conflict, and in fact, the WFC arose as the most significant and disturbing for nurses. The results that were positively correlated with the WFC are as follows: the number of hours worked weekly (↑); an irregular schedule (↑); over time (↑); quantitative and emotional professional demands (↑) and the age (young people feel more WFC). These factors were split into three different factor groups: time, tension and individual. Similarly, Greenhaus & Beutell (1985) reviewed literature on WFC and split factors influencing the WFC into three similar factor groups: time, tension and behaviour. In the time factor, the variables influencing the WFC were the number of hours worked, schedule inflexibility and workshifts (frequency over time and presence and irregularity of workshifts). In the tension factor, it was a question of role conflict, role ambiguity and the interborder activities across disciplines. The behaviour factor contained expectations as to healthcare professional-patient privilege and work objectivity. In this last factor, research revealed a positive correlation between the WFC and employees with type A behavioural personalities (Burke et al., 1979, 1980; Werbel, 1978). For Greenhaus & Beutell (1985), work-family factors influence the WFC. Factors influencing the family-related conflict include: time (young children, spouse who works, the number of children), tension (family conflict, not much support from the wife or husband) and behaviour (expectations of comprehension and openness).

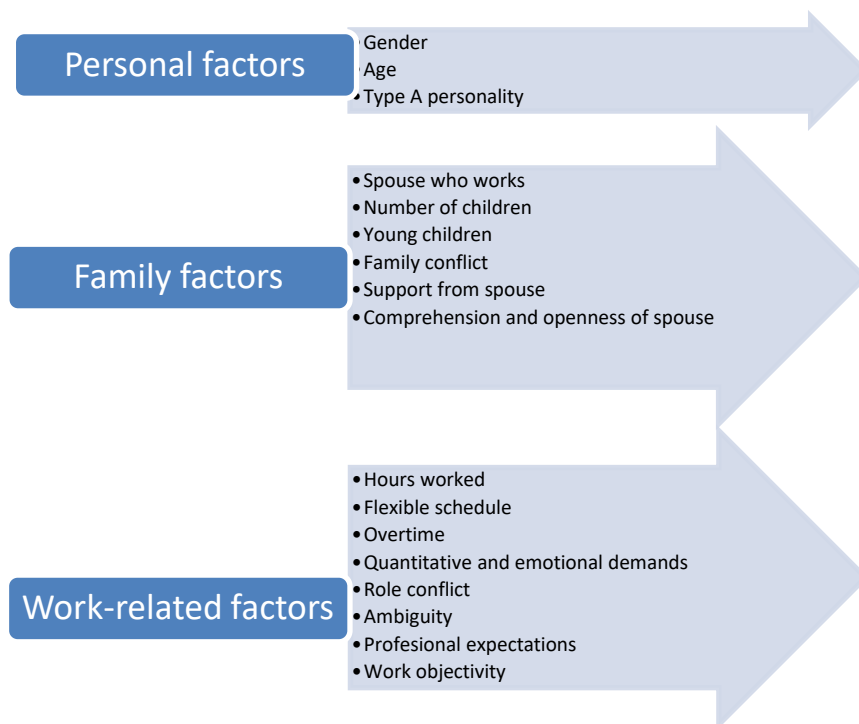
In 2011, a study led with American doctors highlighted the fact that female doctors believed the WFC was necessary for career choice flexibility., more precisely for 85% of married female doctors, with at least one dependent child. Seventy-six percent (76%) of female doctors reported having more domestic responsibilities than their husbands, especially those whose husband was also a doctor (Rohr-Kirchgraber, 2011). On the other hand, 76% of male doctors reported having trouble finding a balance between their personal and professional life, contrary to 12% in 1979 (Sotile, 2000). A survey by the AMGA studied the balance between family life and work and indicated that the problem of the WFC was more than a gender problem; it was also a problem that affected males and the various generations.

Another variable influencing the WFC and studied by Adkins & Premeaux (2012) is the relationship between the number of work hours and this conflict. That study led with 544 participants from the

manufacturing sector, service sector and non-profit organizations, measured in the linear and non-linear effects of the number of hours worked on the WFC a multidimensional way by examining various family characteristics of this relationship. Consistent with the literature (Byron, 2005; Direnzo et al., 2011; Greenhaus et al., 1987), the results showed that there was a linear relationship between the number of hours worked and the WFC, and that the number of children was a moderating variable of this relationship (participants with more children had a higher WFC). Gender and age influenced the number of hours worked, i.e. younger men tended to work more hours than women or older male colleagues. Moreover, participants with a spouse tended to work more hours than those who did not. Moreover, work interfering with family life was negatively correlated with the emotional support of the family and the instrumental assistance stemming from it. This is consistent with the suggestion that families find it difficult to provide social support to workers when the workers' work demands interfere with their family demands (Beehr, 1995; Jackson et al., 1985). The literature shows that individuals from the X and Y generations pay more attention to the time spent with their family or on their leisure activities. In their study with European nurses, Simon, Kummerling & Hasselhorn (2004) found that age tends to decrease the WFC at varying levels.

Bakker and his colleagues (2009) were interested in workaholism and examined the relationship between that variable and the work-family conflict. The authors showed that workaholism was connected to the reduction of support from the spouse through the WFC and that individuals who had received a considerable support from their partner were more satisfied in their personal relationship. With their research with 168 Danish couples, they propose a model on workaholism and the quality of personal relationship. First, they confirmed that workaholism was positively connected to the WFC and that the WFC was a predictor of the support that the spouse was going to receive. Their results showed that the WFC acts as a moderating variable between the man's workaholism and the experience of social support felt by his spouse. This was also true for women. The social support received by the spouse was positively connected to the satisfaction of personal relationship. Moreover, this satisfaction was connected to the spouse's satisfaction of the personal relationship and vice versa (Bakker et al., 2009). By listing these various studies on work-family conflict, we split the various predictors of WFC into three factor categories: personal, family and work-related:

FIGURE 1: VARIABLE INFLUENCING THE WORK-FAMILY CONFLICT IN PAST LITERATURE, SPLIT INTO THREE CATEGORIES.



2.2. Consequences of work-family conflicts

While certain studies look for the causes of the WFC, others like the study by Farquharson and his colleagues (2012) are interested in the consequences. Initially, they found that a worker with a high rate of WFC showed a low job satisfaction level, a high absenteeism rate and a higher intent to leave level. Adams and his colleagues (1996) also found that the WFC was negatively correlated with job satisfaction and overall life satisfaction. In 2004, Simon and his colleagues conducted a study on the WFC with 27,603 nurses in eight European countries. The WFC was identified as being one of the ten major stresses at work (Kelowna et al., 1999). It was suggested that burnout and work tension are positively connected to the WFC (Bedeian et al., 1988).

Several studies presented a relation between the WFC and job satisfaction (Hammer et al., 2011; Bruck et al., 2002; Grandey et al., 2005) and work performance (Yavas et al., 2008). That being said, another crucial impact of the WFC is the workers' intent to leave their job (Hammer et al., 2011; Boyar et al., 2003; Grind et al., 2007; Yavas et al., 2008; Netermeyer et al., 2004). A study led with resident doctors from Sherbrooke (Mathieu & Mathieu, 2012) revealed that 20.2% of their intent to leave was connected to the WFC. It is thus important to consider the WFC during the evaluation of the "intent to leave" variable.

Researchers recently found a positive relation between the WFC and a deterioration of the physical and psychological health (Hammer et al., 2011; McNall et al., 2009). It seems that the WFC also influences absenteeism (Farquharson et al., 2012), presenteeism (Johns, 2011; Camerino, 2010) and burnouts (Camerino, 2010). Boyar and its colleagues led research on the consequences of the WFC (2003; 2005) and found that it was correlated to leaving work earlier. Moreover, women with a high rate of WFC had the most absentee rate. Employees (men and women) with a high level of parental responsibilities and WFC were more inclined to leave work earlier (Boyar et al., 2005). The literature showed that work dissatisfaction at work, toward family and toward life in general led to the intent to leaving their job (Greenhaus et al., 2001).

McNall and his colleagues (2010) built a model on the variables influenced by the WFC, using meta-analyses data of twenty-one research studies. They concluded that there was a positive relation between the WFC and job satisfaction and commitment, which is consistent with the model of Greenhaus and Powell (2006). Moreover, the WFC was positively connected to physical and psychological health. On the other hand, they did not find a connection between the WFC and the intent to leave (McNall et al., 2010). By building a model for our research and examining the WFC and the intent to leave as variables that are not in direct relation, we will perhaps find a response to this contradiction between the McNall's search, which did not find a direct correlation between the WFC and the intent to leave contrary, and other research on the subject (Hapogian et al., 2009; Hammer et al., 2011; Boyar et al., 2003; Grind et al., 2007; Yavas et al., 2008; Netermeyer et al., 2004; Greenhaus et al., 2001). An indirect link can perhaps explain this contradiction.

We can see that there are numerous variables influenced by the for the work environment:

FIGURE 2: VARIABLES INFLUENCED BY THE WORK-FAMILY CONFLICT IN PAST LITERATURE.



Before creating a model that can help us better understand the indirect relationship between the WFC and the intent to leave, we will now look how we can first apply the JD-R model to the WFC.

2.3. Application of the ideal Job demands-resources model to the work-family conflict

The JD-R model mainly shows that work resources impact work commitment but also that personal resources increases work commitment (Xanthopoulou et al., 2009). Consistent with the Resource Conservation Theory, field resources (e.g. family) can be beneficial to another field (e.g. work). Apparently, employees not only have more self-esteem, for example, but it also makes them ready to mobilize colleagues and create better work opportunities.

In 2011, Bakker and his colleagues tested their JD-R model on the WFC with resident doctors. They discovered that high work demands combined with few resources increased the level of WFC significantly. Also, when resources were raised, work demands no longer affected the WFC. They concluded that the JD-R model could easily be applied to the WFC. These results contradict the idea that work resources decrease the effects of work demands when they are directly connected to the resource. Not only must the WFC be taken into account in the work demand and resource models, but Bakker, Demerouti & Schaufeli (2005), with a study involving 323 couples, showed that positive feelings at work can be transferred to personal family fields. In 2008, Bakker, Demerouti & Dolla also found that work demands increase the WFC of individuals and also the WFC of their spouse while increasing the family load. This is a major element that ensures us that work and family are interrelated; this information must therefore be considered in our research. By comparing work demands and personal resources, Bakker & Demerouti (2008) even found that personal resources decrease the negative effect of work demands in a context of high job demands, commitment and productivity. We believe that doctors recognized as having high work demands and even overwork can see decreasing negative effects of this demand on personal and family resources. This is consistent with the conclusions of the research conducted by Demerouti, Bakker & Schaufeli (2005),

which stated that the negative effects of work demands on exhaustion decreased via the WFC of the individual and his spouse. It also affects overall life satisfaction. This means that the conflict between demands and family resources acts as a mediator between work demands and exhaustion. We can thus conclude that we should not examine the work and family environment separately during analysis of the WFC or the work demand and resource model. This same conclusion of the WFC acting as a mediator between work demands and exhaustion was raised by Demerouti and his colleagues in 2005.

Let us examine the predictors and effects of the intent to leave in the literature to connect our dependent variable to the JR-D model and WFC.

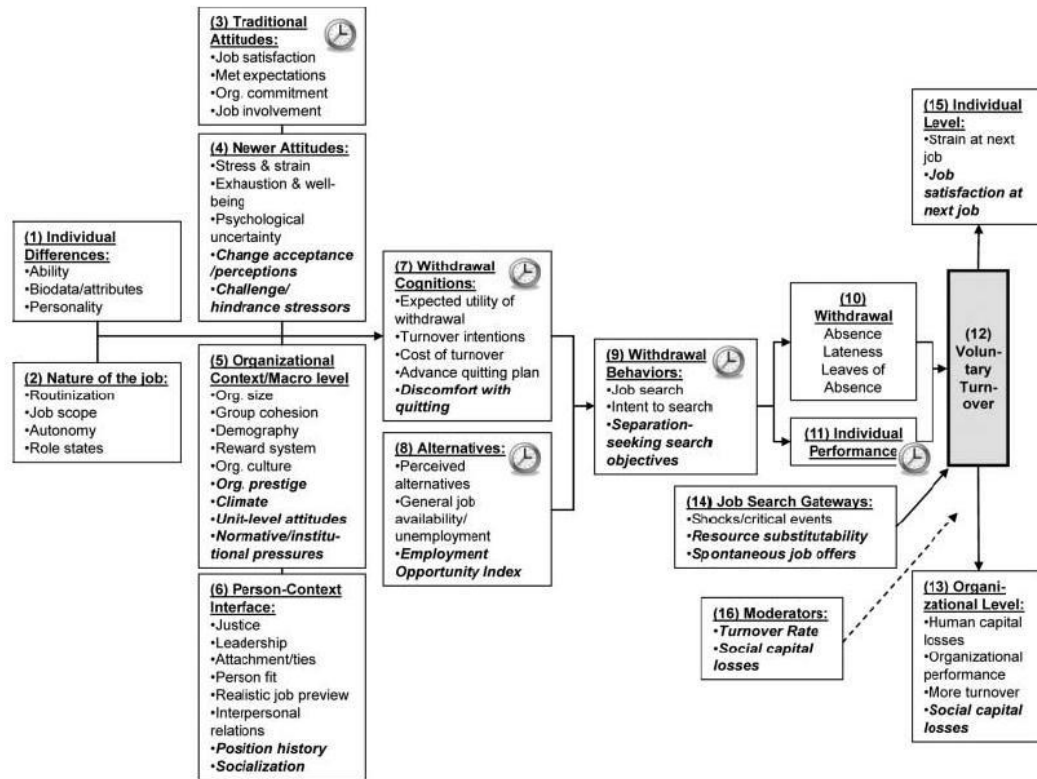
3. INTENT TO LEAVE THEORETICAL MODEL

Personnel retention models initially used stressors to explain consequences on the organization such as, for example, organizational dissatisfaction, low work commitment, greater intent to leave and greater personnel rotation (Podsakoff et al., 2007). Whereas research in human resource management examined the relationship between the HRM practice and company performance (Hatch et al., 2004), most research then looked at the voluntary leave as a major retention element (Shaw et al., 2005; Ulrich et al., 2005). Wanting to leave voluntarily was initially viewed as part of the business managers' field. People who are smarter and better performing at work tend to have more opportunities offered to them and thus intend to leave more (Trevor, 2001). This is the case with family physicians since doctors are lacking in the province and elsewhere in Canada and the world; it is very easy for a doctor to move his practice elsewhere. It is important to highlight the fact that the intent to leave of family physicians is the best way to predict if they will really leave or not (Hann et al., 2011).

Before 1985, research was mostly centered on individuals, and a number of influential models were developed during these years to understand the process through which someone goes to leave an organization. Research on personnel retention has now expanded to the theoretical level. The last ten years were marked by seven various tendencies: new individual retention differences; continual focus on stress and change-related attitudes; empirical research on incomplete models; increased focus on contextual variables with emphasis on interpersonal relations; improvement of the focus on factors keeping individuals on their jobs (e.g. work commitment); making dynamic models on the retention process with time considerations (e.g. changes in job satisfaction) and expansion of the comprehension of interpersonal relations (Holtom, 2008). There are now fewer theoretical consensus on the intent to leave despite the fact that there is more theoretical construct on the subject. Empirical models and tests on the intent to leave and retention are split into two categories: process models explaining how individuals start thinking about leaving and content models trying to understand why individuals leave organizations (Steel, 2002).

In sum, in *The Academy of Management Annals*, Holtom and his colleagues (2008) published a table summarizing personnel retention models from 1985 to 2008. Here are the subjects used in the models in past literature according to Holtom and his colleagues (2008):

FIGURE 3. TABLE CREATED BY HOLTOM AND HIS COLLEAGUES (2008) ON THE RETENTION MODELS FROM 1985 TO 2008.



For our research, we will focus on why doctors leave a profession that most believe requires a lot of time and sacrifice.

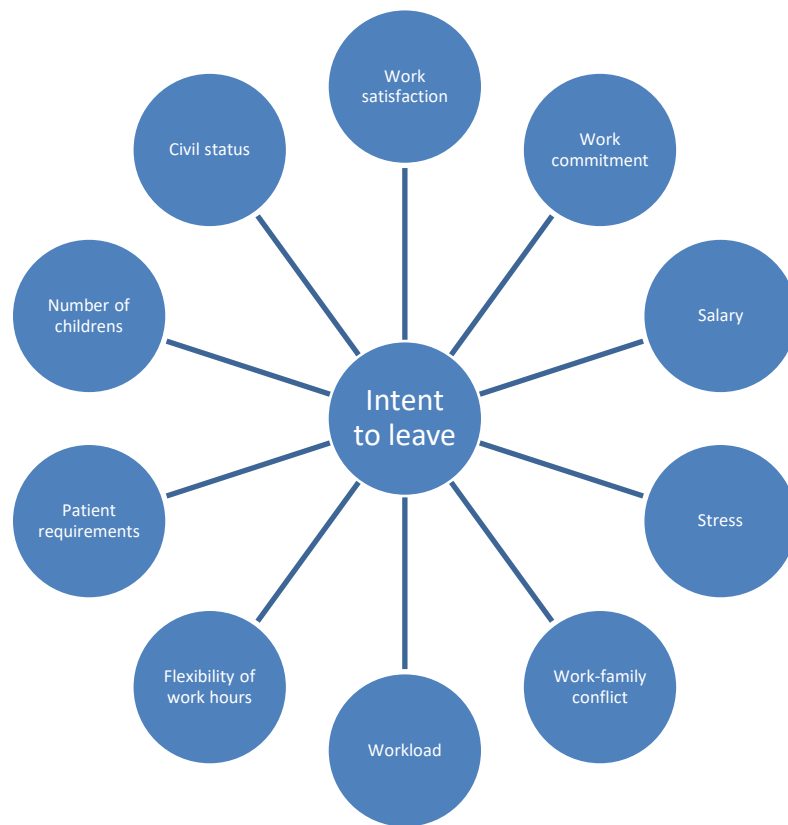
3.1 Intent to leave predictors

In this section, we will try to target intent to leave predictors in past literature to try to understand what doctors live.

Job satisfaction supports personnel retention and is often used as an argument in companies, but the nature and force of this relation are rarely measured in the medical environment (Hann et al., 2011). In medicine, it is important to understand the relationship between job satisfaction and the intent to leave because training costs for doctors are high. Hann and his colleagues studied this relationship in 2011 using 1,174 English family physicians. Results indicated that the main factor determining the intent to leave for family physicians was job satisfaction. This study is interesting in that it specifies that a high dissatisfaction rate is linked to a higher intent to leave rate. On the other hand, a high satisfaction rate does not prevent someone from leaving. This study used some intrinsic factors (nature of the work, skills to use or be developed and recognition of achievements) and extrinsic factors (salary, work conditions and work hours) to measure job satisfaction. Men had a lower work satisfaction rate than their female colleagues. Moreover, of the 1,174 family physicians studied, one out of six doctors left his job in the five years following the study, which is unusual for an age group that is not close to retirement. The most important factors predicting the intent to leave were: overwork, lack of flexibility of work hour flexibility and obligation to meet patient requirements (Hann et al., 2011).

While several models try to explain the relationship between job satisfaction and retention by making these variables interact with cognition, job search and having alternatives or not (Mobley's, 1977; Hom et al., 1984; Hom et al., 1991), others like Arndt and his colleagues (2006) tried to understand the relationship between satisfaction and the intent to leave by examining the effect of "polychronic orientations" with a simple model. On the other hand, no model was listed that includes the work-family conflict variable. In 2004, Firth and his colleagues (2004) made an intent to leave model that was retested by Karantzias and his colleagues in 2012. In short, intent to leave predictors are stress, organizational commitment and job satisfaction. On the other hand, they believe that stress factors (including the WFC) can have an indirect relationship with the intent to leave. This is consistent with our idea of an indirect relationship between the WFC and the intent to leave. These some articles on the intent to leave showed several predictors:

FIGURE 4. VARIOUS INTENT TO LEAVE PREDICTORS.



3.1 Intent to leave consequences

At the personal level, leaving a job implies spending a lot of energy on finding a new job and adjusting one's marital status with this new job. Moreover, leaving an interpersonal well-established routine and colleague relationships can be very stressful (Boswell, Boudreau & Tichy, 2005). We must keep in mind that the intent to leave is the best predictor of whether or not someone will actually leave (Hann et al., 2011).

4. PREVENTION GAPS IN THE PREVIOUS MODELS

In the literature, the relationship between the WFC and the intent to leave always seems to be measured in a direct way. Since the WFC impacts certain variables that are themselves intent to leave predictors, our new model will measure them indirectly. We will try to understand the WFC of doctors using the JD-R model. This model was already used with resident doctors to measure their WFC (Bakker et al., 2011) but they did not compare the impacts of personal and family resources with work demands for example to see whether resources can be properly interrelated between work and personal or family life. Within addition to the basic postulates of the JD-R model on the effects of demands and resources on psychological distress and work commitment, we propose a new conceptual model that includes all the relationships between previous research on the JD-R model by Bakker & Demerouti and an additional “intent to leave” variable.

It is important to highlight the fact that the JD-R model focuses on the preventive prospects because with dependent variables such as work demands and especially work resources, it is very useful for the work practice to have concrete elements on which “to work”. This new model tries to fill a gap in the literature and find organizational characteristics on which we can work to decrease the WFC. This is consistent with the primary prevention intervention phase of Cooper & Cartwright (1997). The new model can help to reduce the WFC and manage a way to reduce the WFC (by providing more resources). By analyzing the role of work demands and resources, some resources can be targeted to establish changes or interventions to decrease the WFC and thus retain doctors. For doctors, decreasing demands is not really an option as the shortage of family physicians and patient waiting lists will only be able to be reduced once there are more family physicians. It is thus important to understand the impact of resources on their work because it is in fact precisely these resources that can be improved in the work environment to decrease the WFC and follow the conclusions of the JD-R model (increasing work commitment, decreasing psychological distress) and ultimately retain doctors.

This research tries to fill gaps raised in the literature review. Here is a summary of the gaps in past literature and responses of our model to these gaps:

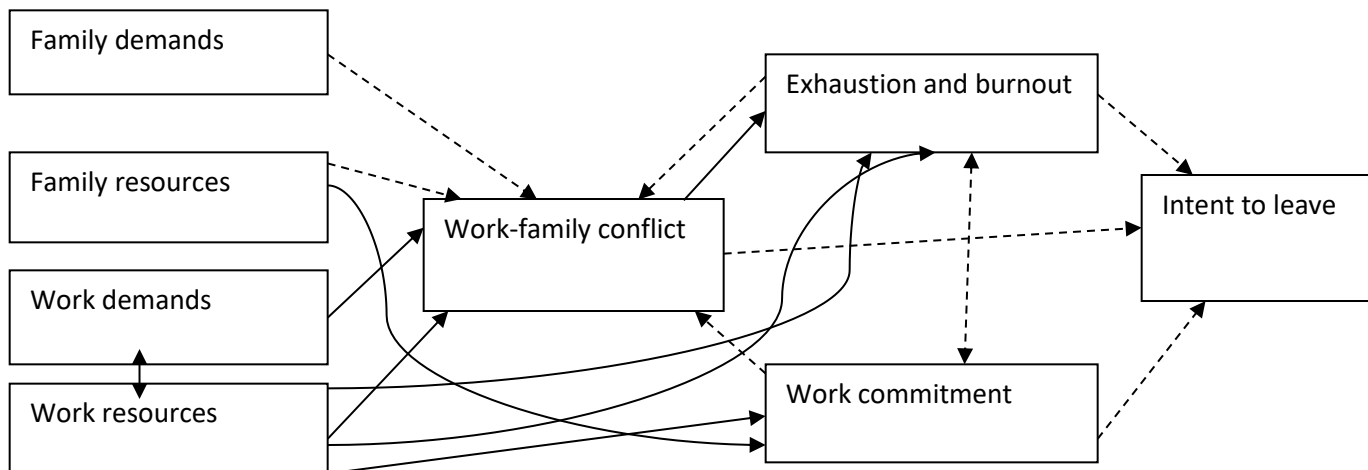
Gaps in the literature review	Responses of our model
Models on the WFC do not focus on preventive prospective;	The new model tries to link resources that can be improved in the work environment in a concrete way;
The relationship between the WFC and the intent to leave is measured in a direct way;	The new model tries to explain the relationship between the WFC and the intent to leave in an indirect way since the effects of the WFC and intent to leave predictors cross paths;
WFC models explain predictors and not effects;	The new model tries to explain two WFC effects and the intent to leave;
No intent to leave model includes the WFC variable;	The new model tries to explain the relationship between the WFC and the intent to leave.
The JD-R model was not used to measure the effects of personal and professional demands and resources, simultaneously.	The new model tries to understand the relationship between professional and personal demands and resources and the WFC, psychological distress, work commitment at work and the intent to leave.

We believe that we have designed an interesting work-family conflict and the intent to leave model for family physicians that fills the gaps of past literature. It will be interesting to test this new model in future research.

4.1. Prevention model targeting the individual

Like Holtom and his colleagues (2008) suggested in their article, there is a lack of research on the ways retention models are used. Our new model will fill this gap in part as it is specific to the reality of family physicians and uses the JD-R model. Every full arrow in the model is drawn from various research studies conducted by Bakker & Demerouti on their JD-R model. Each full arrow represents a significant relationship between variables according to their studies (Bakker et al., 2005; Bakker et al., 2008a; Bakker et al., 2008b; Bakker et al., 2011; Demerouti et al., 2001; Demerouti et al., 2005; Demerouti et al., 2009). Dotted arrows are drawn from past literature on the WFC and the intent to leave but were not verified in the context of the JD-R model (Schaufeli et al., 2002; Schaufeli et al., 2008; Netemeyer et al., 2004; Yavas et al., 2008; Grind et al., 2007; Mathieu & Mathieu 2012; Jason-Mailk, 2005; Fronces et al., 1992). As stipulated in their study (Demerouti et al., 2005), it is important to consider the crossover between work and family. As we saw in the previous sections, several other variables can be used according to past readings, but, to be consistent with the JD-R model and the subject studied (intent to leave of family physicians), we will stick with the variables mentioned in the studies by Bakker and Demerouti who are the two authors of the JD-R model and add the “intent to leave” variable to it. We humbly call our new model the: “Demands-resources Conflict Model”.

FIGURE 5: BASED ON THE JD-R MODEL, OUR NEW SUGGESTED MODEL ON THE WFC AND THE INTENT TO LEAVE FOR FAMILY PHYSICIANS CALLED THE: “DEMANDS-RESOURCES CONFLICT MODEL”.



5. CONCLUSION

We tried to understand the intent to leave of family physicians to retain them and also make the profession more attractive by using the work-family conflict as an independent variable because it seems to be one of the most important causes explaining this phenomenon in the literature and according to statistics on Quebec family physicians. A literature review showed us that doctors have high work demands and do not have many resources available to them. This imbalance between demands and resources has several consequences in terms of psychosocial risks. By using the stress model of the job demands-resources model, consistent with the Conservation of the resource theory, we built a new model called the “Demands-resources Conflict Model”. It integrates research by Bakker and Demerouti on the JD-R model and the work-family conflict and incorporates the “intent to leave”, a variable studied.

In future research, it would be interesting to make structural equations with the new model suggested. This model contains some gaps and is limited in term of variables because we wanted to be consistent

with the research and variables previously measured with the JD-R model. Other research could add variables to our new model to adapt it to their study population.

BIBLIOGRAPHY

- Adams, G. A., King, L. A., & King, D. W. (1996). Relationship of job and family involvement, family social support, and work-family conflict with job and life satisfaction. *Journal of Applied Psychology, 81*(4), 411.
- Adkins, C. L., & Premeaux, S. F. Y. A. (2012). Spending time: The impact of hours worked on work-family conflict. *Journal of Vocational Behavior, 80*(2).
- American Medical Group Association (AMGA). Amga.org.
- Arndt, A., Arnold, T., Landry, T.D. (2006) The effect of polychronic-orientation upon retail employeesatisfaction and turnover. *Journal of retailing, 82* (4), 319-330.
- Arnetz, B.B. (1997) Physiciansview of Their Work Environment and Organization. *Psychotherapy and Psychosomatics, 66*(3), 155-162.
- Aronsson G, Astvik W, Thulin AB. (1998) Home-care workers: work conditions and occupational exclusion: a comparison between carers on early-retirement and regular pensions. *Home Health Care Service Q. 17*:71–91.
- Aronsson, G., Gustafsson, K., & Dallner, M. (2000). Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism. *Journal of Epidemiology and Community Health, 54*, 502-509.
- Aryee, S., Luk, V. (1996). Work and nonwork influence on the career satisfaction of dual earner couples. *Journal of vocational Behavior, 49*, 38-52.
- Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux (2010). Présentation du projet de l'Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux (AAPML). 2010(3 septembre). <http://www.aapml.fr/index2.php?m=2&page=96&PHPSESSID=b3af775429866a633fc481f51d451fc3>.
- Association médicale canadienne. (2003). Guide de l'AMC sur la santé et le mieux être des médecins - Faits, conseils et ressources pour les médecins du Canada. 39 p.
- Association médicale canadienne (2004). Créer une culture de la médecine plus saine – Rapport de la Conférence internationale 2004 sur la santé des médecins. 16 p.
- Aziz, A. Y. (2004). Sources of Perceived Stress Among American Medical Doctors: A Cross-Cultural Perspective. *Cross Cultural Management, 11*(4), 11.
- Bacharach, S. B., Bamberger, P., & Conley, S. (1991). Work-home conflict among nurses and engineers: Mediating the impact of role stress on burnout and satisfaction at work. *Journal of Organizational Behavior, 12*, 39–53.
- Bakker, A.B., Demerouti, E., De Boer, E., Schaufeli, W.B. (2003). Job demands and job resources as predictors of absence duration and frequency, *Journal of Vocational Behavior, 62*, 341-356.
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2008a). Towards a model of work engagement. *Career Development International, 13*(3), 209-223. doi: <http://dx.doi.org/10.1108/13620430810870476>
- Bakker, A. B., Demerouti, E., & Dollard, M. F. (2008b). How job demands affect partners' experience of exhaustion: Integrating work-family conflict and crossover theory. *Journal of Applied Psychology, 93*(4), 901.
- Bakker, A. B., Demerouti, E., & Schaufeli, W. B. (2005). The crossover of burnout and work engagement among working couples. *Human Relations, 58*(5), 661-689.
- Bakker, A. B., Demerouti, E. Y., & Burke, R. (2009). Workaholism and relationship quality: A spillover-crossover perspective. *Journal of Occupational Health Psychology, 14*, 10.
- Bakker, A.B., Brummelhuis, L.L., Prins, J.T., van der Heijden, F.M. (2011). Applying the job demands-resources model to the work-home interface: A study among medical residents and their partners. *Journal of Vocational Behavior, 79*, 170-180.
- Bedeian, A.G, Burke, B.G., Moffett, R.G. (1988). Outcomes of work-family conflict among married male and female professionals. *Journal of Management, 14*, 475-491.
- Beehr, T. A., & Schuler, R. S. (1978). Current and future perspectives on stress in organizations. In K. M. Rowland & G. R. Ferris (Eds.), *Personnel management: New perspectives*, 390–419. Boston: Allyn & Bacon.

- Beehr, T.A. (1995). *Psychological stress in the workplace*. New York: Routledge.
- Bennett, J., O'Donovan, D. (2001). Substance Misuse by Doctors, Nurses and Other Healthcare Workers. *Current Opinion in Psychiatry*, 14(3), 195-199.
- Bertges Yost, W., Eshelman, A., Raoufi, M., & Abouljoud, M. S. (2005). A National Study of Burnout Among American Transplant Surgeons. *Transplantation Proceedings*, 37, p. 1399-1401.
- Bertrand, F., Martinez, P., Thiercelin, D., Fournier, J.-P., Van Elslande, L., Romankiewicz, A., et al. (2000). Charge de travail des médecins des urgences : problème quantitatif ou qualitatif ? De la sérénité du médecin des urgences. *Reanimation Urgences*, 9, p. 492-497.
- Beutell, N.J., Witting-Berman, U. (1999). Predictors of work-family conflict and satisfaction with family, job, career, and life, *Psychological Report*, 85, 893-903.
- Bonnières, A., Estryn-Béhar, M., Laussaunière, J.-M. (2010). Déterminants de la satisfaction professionnelle des médecins et infirmières de soins palliatifs. *Médecine palliative*, 9 (4), p. 167-176.
- Boswell, W.R., Boudreau, J.W., Tichy, J. (2005). The relationship between employee job change and job satisfaction: The honeymoon-hangover effect. *Journal of Applied Psychology*, 90, 882-892.
- Boyar, S.L., Maertz, C.P., & Pearson, A. (2005). The effects of work-family conflict and family-work conflict on non-attendance behaviors. *Journal of business Research*, 58, 919-925.
- Boyar, S., Maertz, C., P., Pearson, A. W., & Keough, S. (2003). Work-family conflict: A model of linkages between work and family domain variables and turnover intentions. *Journal of Managerial Issues*, 15(2), 175.
- Brief, A.P., Schuler, R. S., Van Sell, M. (1981). *Managing job stress*. Boston : Little, Brown.
- Brough, P., O'Driscoll, M.P., Kalliath, T.J. (2005) The Ability of "family friendly" organizational resources to predict work-family conflict and job and family satisfaction, *Stress and Health*, 21(4), 223-234.
- Bruck, C., Allen, D., & Spector, P.(2002). The Relation Between Work-Family Conflict and Job Satisfaction: A Finer-Grained Analysis, *Journal of Vocational Behaviour*, 60, 336-353.
- Burke, R.J., Weir, T., Duwors, R.E. (1979). Type A behavior of administrators and wives' reports of marital satisfaction and well-being. *Journal of Applied Psychology*, 64, 57-65.
- Burke, R. J., (1988). Some Antecedents and Consequences of Work-Family Conflict. *Journal of Social Behavior and Personality*, 3 (4): 287-302.
- Burke, R.J., Weir, T., Duwors, R.E. (1980). Perceived type A behavior of husbands and wives' satisfaction and well-being. *Journal of Occupational Behavior*, 1, 139-150.
- Burke, R.J. (2004), Work and family integration, *Equal Opportunities International*, 23 (1), pp. 1 – 5 <http://dx.doi.org/10.1108/02610150410787828>
- Byron, K. (2005). A meta-analytic review of work-family conflict and its antecedents. *Journal of Vocational Behavior*, 67, 169-198.
- Camerino, D., Sandri, M., Sartori, S., Conway, P. M., Campanini, P., & Costa, G. (2010). Shiftwork, work-family conflict among Italian nurses, and prevention efficacy. *Chronobiology International*, 27(5), 1105-1123
- Conseils Départementaux 76 & 27 de l'Ordre des Médecins. (2008). Enquête sur la santé des médecins libéraux de Haute-Normandie - Résultats. *décembre*, 16 p.
- Cooke, R. A., Rousseau, D.M., (1984). Stress and Strain from Family Roles and Work-Roles Expectations. *Journal of Applied Psychology*, 69 (2), 252-260.
- Cooper, C. L., & Cartwright, S. (1997). An intervention strategy for workplace stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 43(1), 7-16.
- Corey-Lisle, P., Tarzian, A.J., Cohen, M.Z., Trinkoff, A.M. (1999). Health care reform : Its effects on nurses. *Journal of Nursing Administration*, 29 (3), 30-37.
- Coverdale, J., Gale, C., Weeks, S., Turbott, S. (2001). A Survey of Threats and Violence Acts by Patients Against Training Physicians. *Medical Education*, 35(2), 154-159.
- Craig, W. R. (2005). *The demographics and job satisfaction of physicians working in Canadian pediatric emergency departments*. M.Sc. MR08840, University of Manitoba (Canada), Canada.
- Crépeau, C. (2003). L'Association médicale canadienne veut aider les médecins victimes d'épuisement. *L'Actualité médicale*, 24, 8-9.

- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2000). A Model of Burnout and life satisfaction among nurses. *Journal of Advance Nursing*, 32, 454-464.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499-512.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., & Schaufeli, W. B. (2005). Spillover and crossover of exhaustion and life satisfaction among dual-earner parents. *Journal of Vocational Behavior*, 67(2), 266-289.
- Demerouti, E., Le Blanc, P. M., Bakker, A. B., Schaufeli, W. B., & Hox, J. (2009). Present but sick: a three-wave study on job demands, presenteeism and burnout. *Career Development International*, 14(1), 50-68.
- DeVoe, J., Fryer, G.E., Hargraves, R.L., Philips, L., Green, L.A. (2002). Does Career Dissatisfaction Affect the Ability of Family Physicians to Deliver High-Quality Patient Care? *Journal of Family Practice*, 51(3), 223-228.
- Dew, K., Keefe, V., & Small, K. (2005). "Choosing" to work when sick: workplace presenteeism. *Social Science Medicine*, 60, 2273-2282.
- DiRenzo, M.S., Greenhaus, J.H., Weer, C.H. (2011). Job level, demands, and resources as antecedents of work-family conflict. *Journal of Vocational Behavior*, 78, 305-314.
- Edwards, J.R., Rothbard, N.P. (2000). Mechanisms Linking Work and Family: Clarifying the Relationship between Work and Family Constructs, *The Academy of Management Review*, 25 (1), pp. 178-199.
- Esteban, R.G. (2003). Physician-Patient Relationship: Effects in Doctor's Health, *Psicologica Medica Psicosomatica*, 24(2), 4-16.
- Fabri, P.F, McDaniel, M.D., Gaskill, H.V., Garrison, R.N, Hanks, J.B. Maier, R.V., Telford, G.L. (1989). Great expectations: stress and the medical family. 1987 Committee on issues, association for academic surgery, *Journal of Surgical Research*, 47(5), 379-382.
- Farquharson, B., Allan, J., Johnston, D., Johnston, M., Choudhary, C., Jones, M. (2012). Stress amongst nurses working in a healthcare telephone-advice service: Relationship with job satisfaction, intention to leave, sickness absence, and performance. *Journal of Advanced Nursing*, 68(7), 1624-1635.
- Firth-Cozens, J. (2001). Interventions to Improve Physicians' Well-Being and Patient Care, *Social Science and Medicine*, 52(2), 215-222.
- Firth-Cozens, J., Greenhalgh, J. (1997). Doctors' Perceptions of the Links Between Stress and Lowered Clinical Cares, *Social Science and Medicine*, 44(7), 1017-1022.
- Firth, L., Mellor, D. J., Moore, K. A., & Loquet, C. (2004). How can managers reduce employee intention to quit? *Journal of Managerial Psychology*, 19(2), 170-187. doi: 10.1108/02683940410526127
- Frone, M.R., Russell, M., Cooper, M.L. (1992). Antecedents and outcomes of work-family conflict : Testing a model of the work-family interface. *Journal of Applied Psychology*, 77, 65-78.
- Frone, M. R., Russell, M., Cooper, M.L. (1996). Prevalence of Work-Family Conflict: Are Work and Family Boundaries Asymmetrically Permeable?" *Journal of Organizational Behavior*, 13, 723-729.
- Frone, M.R. (2003) Predictors of overall and on-the-job substance use among young workers *Journal of occupational health psychology*, 2003 , Vol. 8 (1) , 39
- Gallery, ME., Whitley, T.W., Klonis, L.K., Anzinger, R.K., Revicki, D.A. (1992) A Study of Occupational Stress and Depression Among Emergency Physicians. *Annals of Emergency Medicine*, 21 (1), 58-64.
- Goehring, C., Bouvier Gallacchi, M., Kunzi, B., & Bovier, P. (2005). Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: a cross-sectional survey. *Swiss Medical Weekly*, 135, p. 101-108.
- Goff, S. J., Mount, M.K., Jamison, R.L. (1990). Employer Supported Child Care, Work/Family Conflict, and Absenteeism: A Field Study. *Personnel Psychology*, 43, 793-809.
- Grandey, A. A., Cordeiro, B. L., & Crouter, A. C. Y. S. (2005). A longitudinal and multi-source test of the work-family conflict and job satisfaction relationship. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 78, 20.
- Greenhaus, J.H., & Beutell, N.J. (1985). Sources of conflict between work and family roles. *Academy of management*, 10, 76-89.

- Greenhaus, J.H., Bedeian, A. G., Mossholder, K.W. (1987). Work experiences, job performance, and feelings of personal and family well-being. *Journal of Vocational behavior*, 31, 200-215.
- Greenhaus, J.H., Parasuraman, S., Collins, K.M. (2001). Career Involvement and Family Involvement as Moderators of Relationships Between Work-Family Conflict and Withdrawal from a Profession. *Journal of Occupational Health and Psychology*, 6 (2), 91,100.
- Greenhaus, J. H., & Powell, G. N. (2006). When Work and Family Are Allies: A Theory of Work-Family Enrichment. *The Academy of Management Review*, 31(1), 72-92.
- Hakanen, J.J., Bakker, A.B. and Demerouti, E. (2005), "How dentists cope with their job demands and stay engaged: the moderating role of job resources", *European Journal of Oral Sciences*, Vol. 113, pp. 479-87.
- Hall, K., Wakeman, M., (1999) Residency-trained emergency physicians: their demographics, practice evolution, and attrition from emergency medicine. *Journal of Emergency Medicine*, 17 (1), 7-15.
- Hammer, L.B., Kossek, E.E., Anger, W.K., Bodner, T., Zimmerman, K.L. (2011). Clarifying work–family intervention processes: The roles of work–family conflict and family-supportive supervisor behaviors. *Journal of Applied Psychology*, 96(1), 134-150.
- Hampton, T. (2005). Experts Address Risk of Physician Suicide. *Journal of American Medical Association (Medical News and Perspectives)*, 294 (10), p. 1189-1191.
- Hann, M., Reeves, D., & Sibbald, B. (2011). Relationships between job satisfaction, intentions to leave family practice and actually leaving among family physicians in England. *European Journal of Public Health*, 21(4), 499.
- Hagopian, A., Zuyderduin, A., Kyobutungi, N., & Yumkella, F. (2009). Job Satisfaction And Morale In The Ugandan Health Workforce. *Health Affairs*, 28(5), W863.
- Hatch, N.W., Dyer, J.H. (2004). Human capital & learning as a source of sustainable competitive advantage. *Strategic Management Journal*, 25, 1155–1178.
- Hobfoll, S. (1989). Conservation of Resources. A new Attempt at Conceptualizing Stress. *American Psychology*
- Holtom, B. C., Mitchell, T. R., Lee, T. W., & Eberly, M. B. (2008). Turnover and Retention Research: A Glance at the Past, a Closer Review of the Present, and a Venture into the Future, *The Academy of Management Annals*, 2:1, 231-274
- Hom, P. W., & Griffith, R. W. (1991). Structural Equations Modeling Test of a Turnover Theory: Cross-Sectional and Longitudinal Analyses. *Journal of Applied Psychology*, 76(3), 350-366.
- Hom, P. W, Griffeth, R. W, & Sellaro, L. (1984). The validity of Mobley's (1977) model of employee turnover. *Organizational Behavior and Human Performance*, 34, 141-174.
- House, R.J., Schuler, R.S., Levanoni, E. (1983). Role Conflict and Ambiguity Scales: Reality or Artifacts? *Journal of Applied Psychology*, 68 (2), 334-337.
- Hughes, P.H., Storr, N.A., Brandenburg, D.C., Baldwin, J.C. (1999). Physician Substance Use by Medical Specialty, *Journal of Addictive Disease*, 18(2), 23-37.
- Ivancevich, J.M., Matteson, M.T. (1980) Stress and work. Glenview. IL : Scott, Foresman.
- Jackson, S.E., Zedeck, S., Summers, E. (1985). Family life disruptions: Effects of job-induced structural and emotional interference. *Academy of Management Journal*. 28, 574-586.
- Jackson-Malik, P. J. (2005). *Organizational climate and hospital nurses' job satisfaction, burnout, and intent to leave+*. Ph.D. 3165703, University of Pennsylvania, United States -- Pennsylvania.
- Jenssen, J. I. (1999) *Entrepreneurial Networks. A Study of the Impact of Network Resource Access on the Start-up of New Organizations*. Ph.D. thesis, Norges Handelshøyskole, Bergen, Norway.
- Johns, G. (2011). Attendance dynamics at work: the antecedents and correlates of presenteeism, absenteeism, and productivity loss. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Journal of Occupational Health Psychology*, 16(4), 483-500. doi: 10.1037/a0025153
- Kahn, R.L., Wolfe, D.M., Quinn, R.P., Snoek, J.D., & Rosenthal, R.A. (1964). *Organizational stress: Studies in role conflict and ambiguity*. New York: John Wiley.
- Karantzas, G. C., Mellor, D., McCabe, M. P., Davison, T. E., Beaton, P., & Mrkic, D. (2012). Intentions to quit work among care staff working in the aged care sector. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Gerontologist*, 52(4), 506-516. doi: 10.1093/geront/gnr161
- Karasek, R., Theorell, T. (1990). *Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstructions*

- of *Working Life*. New York: Basic Books.
- Karasek, R. (1979). Job demands, job decision latitude and mental strain : Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285-307.
- Kelloway, E.K., Gottlieb, B.H., Barham L. (1999) The source, nature and direction of work and family conflict : a longitudinal investigation. *Journal of Occupational Health Psychology*. 4, 337-346.
- Kivimäki, M., Head, J., Ferrie, J. E., Hemingway, H., Shipley, M. J., & Vahtera, J. (2005). Working while ill as a risk factor for serious coronary events: the Whitehall II study. *American Journal of Public Health*, 95(1), 98-102.
- Le Collège des médecins de famille du Canada - l'Association médicale canadienne et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (2007). Sondage national des médecins 2007 (SNM) - Résumé. de www.sondagenationalesmedecins.ca.
- Leiter, M.P. (1993). Burnout as a developmental process: Consideration of models. See Schaufeli et al 1993, pp. 237–50.
- Leopold, Y. (2009). *Burn-out. Suicide. Le médecin malade*. Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France - Union Régionale des Médecins Libéraux, Provence -Alpes - Côte d'Azur. 32 p., <http://www.atoute.org/n/forum/showthread.php?t=5041>
- Lerner, D., Adler, D. A., Chang, H., Lapitsky, L., Hood, M.Y., Perissinotto, C., Reed, J., McLaughlin, T. J., Berndt, E., R., Rogers, W.H. (2004). Unemployment, Job Retention, and Productivity Loss Among Employees With Depression. *Psychiatric Services*, 55(12), 1371-1378
- Lloyd, S., Streiner, D., & Shannon, S. (1994). Burnout, depression, life and job satisfaction among canadian emergency physicians. *The Journal of Emergency Medicine*, 12 (4), p. 559-565.
- Locke, E.A. (1976). The nature and cause of job satisfaction (pp.1297-1350). In Dunnette, M.D. (Ed.) *Hand book of the industrial and organizational psychology*. Chicago : Rand-McNally.
- Makames, R.A., Alkoot, E.M., Mazidi, B.M., El-Shazly, M.K., Kamel, M.I. (2012). Sources and expressions of stress among physicians in a general hospital, *Alexandria Journal of Medicine*, 48(4), 361-366.
- Maranda, M.F., Gilbert, M.A., Saint-Arnaud, L., & Vézina, M. (2006). *La détresse des médecins : un appel au changement*. Les presses de l'Université Laval.
- Mathieu, C., Mathieu, C. (2012) The impact of Work –Family Conflict on the Intention to Quit the job in a Sample of Medical Residents. *Academy of Health Care Management*, 8(2), 43.
- McKevitt, C., Morgan, M., Dundas, R., Holland, W.W. (1997). Sick absence and 'working through' illness: a comparison of two professional groups. *Journal of Public Health Medicine*, 19, 295–300.
- McNall, L.A., Nisklin, J.M., Masuda, A.D. (2010). Meta-analytic review of the consequences associated with work–family enrichment. *Journal of Business and Psychology*, 25(3), 381-396.
- Mobley, W H. (1977). Intermediate linkages in the relationship between job satisfaction and employee turnover. *Journal of Applied Psychology*, 62, 237-240.
- Netemeyer, R.G., Boles, J.S., & Mcmurrian, R. (1996). Development and validation of work-family conflict and family-work conflict and effective experiences. *Journal of Applied Psychology*, 81, 400-410.
- Netermeyer, R. G., Brashear-Alejandro, T., Boles, J. (2004). A Cross-National Model of Job-Related Outcomes of Work role and Family Role Variables: A Retail Sales Context. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 32, 49-60.
- Nondenmark, M. (2004). Multiple Social Roles and Well-Being A Longitudinal Test of the Role Stress Theory and the Role Expansion Theory, *Acta Sociologica*, 47(2), 115-126.
- O'driscoll, M.P. (2004). Work-family conflict, psychological well-being, satisfaction and social support : A longitudinale study in New Zealand. *Equal Opportunities International*, 23, 36-56.
- Parasuraman, S., Greenberg, J.H., Rabinowitz, S.R., Bedelan, A.G., Mossholder, K.W. (1989). Work and family variables as mediators of the relationship between wives employment and husbands well being. *Academy of Management Journal*, 32, 185-201.
- Pearlin, L.I. , Lieberman, M .A., Menaghan, E.G. , Mullan, J.T. (1981). The stress process : *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 337-356.)
- Podsakoff, N.P., LePine, J.A., LePine, M.A. (2007). Differential challenge stressorhindrance

- stressor relationships with job attitudes, turnover intentions, turnover, and withdrawal behavior: A meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 92, 438–454.
- Rapaport, R., Baily, L., Fletcher, J.K. Pruitt, B.H. (2002) *Beyond workfamily balance*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Rapaport, R., Baily, L., Kolb, D. Fletcher, J.K. (1998) *Relinking life and work: Toward a better future*. Waltham,MA:Pegasus Communications, Inc.
- Rizzo, J.R., House, R.J., Lirtzman, S.I. (1970). Role Conflict and Ambiguity in Complex Organizations." *Administrative Science Quarterly*, 15, 119-128.
- Rode, J. C., Rehg, M. T., Near, J. P., Underhill, J. R. (2007). The effect of work-family conflict on intention to quit: The mediating roles of Job and life satisfaction. *Applied Research in Quality of Life*, 2 (2), 65-82.
- Rohr-Kirchgraber, T. M., & Welch, J. M. (2011). Cause of the doctor shortage: A rebuttal. *Medical Economics*, 88(14), 66.
- Roucaïrol, A.-M. (2001). Les praticiens hospitaliers ne vont pas bien. *La Pensée*, 328 (octobre/décembre), p. 53-64.
- Rosvold, E.O., Bjertness, E. (2001). Physicians who do not take sick leave: hazardous heroes? *Scandinavian Journal of Public Health*, 29,71–75.
- Rout, U. (1999a) "Job stress among general practitioners and nurses in primary care in England." *Psychological Reports*, 85, pp.981-986.
- Rout, U. (1999b) "Gender differences in stress, satisfaction and mental wellbeing among general practitioners in England." *Psychology, Health and Medicine*, 4, pp.345-354.
- Rout, U. and Rout, J.K. (1997) "A comparative study on occupational stress, job satisfaction and mental health in British general practitioners and Canadian family physicians." *Psychology, Health and Medicine*, 2, pp.181-190.
- Rucinski, J., & Cybulska, E. (1985). Mentally ill doctors. *Hospital Medicine*, 33, 90-94.
- Sakinofsky, I. (1987). Suicide in Physicians, *British Journal of Psychiatry*, 150, 267-268.
- Schaufeli, W. B., Salanova, M., Gonzalez-Roma, V., & Bakker, A. B. (2002). The measurement of engagement and burnout: A confirmative analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3, 21.
- Schaufeli, W. B., Taris, T. W., & van Rhenen, W. Y. A. (2008). Workaholism, Burnout, and Work Engagement: Three of a Kind or Three Different Kinds of EMployee Well-being? *Applied Psychology: an international review*, 57(2), 30.
- Shanafelt, T. D., Balch, C., Bechamps, G., Russell, T., Dyrbye, L., Statele, D., (2010). Burnout and Career Satisfaction Among American Surgeons. *Annals of Surgery*, 250 (3), p. 463-471.
- Shaw, J.D., Gupta, N., & Delery, J.E. (2005). Alternative conceptualizations of the relationship between voluntary turnover and organizational performance. *Academy of Management Journal*, 48, 50–68.
- Schattner, P.,Coman G. (1998) The stress of metropolitan general practice. *MJA*, 169:133–7.
- Simon, M., Kummerling, M., & Hasselhorn, H.M. (2004). Work-home conflict in the European nursing profession. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 10, 384-391.
- Sondage national des médecins, (2004-2010) Canada, <http://nationalphysicianssurvey.ca>
- Sotile, W.M., Sotile, M.O., (2000). The medical marriage: Sustaining Healthy Relationships for physicians and their families. *American Medical Association*.
- Steel, R., P. (2002). Turnover Theory at the Empirical Interface: Problems of Fit and Function, *The Academy of Management Review*, Vol. 27, No. 3 (Jul., 2002), pp. 346-360
- St-Onge, S., Renaud, S., Guérin, G., & Caussignac, É. (2002). Vérification d'un modèle structurel à l'égard du conflit emploi-famille. *Relations Industrielles*, 57, 64-73.
- Sundquist, J., Johansen, S.E. (2001). High Demand, Low Control, and Impaired General Health. *Scandinavian Journal of Public Health*, 28, 123-131.
- Sutinen, R., Kivimaki, M., Elovainio, M., Virtanen, M. (2002). Organizational Fairness and Psychological Distress in Hospital Physicians, *Scandinavian Journal of Public Health*, 30, 209-215.
- Swanson, V. and Power, K.G. (1999) "Stress, satisfaction and role conflict in dual-doctor partnerships." *Community Work and Family*, 2, pp.67-88.
- Swanson, V., Power, K.G. and Simpson, R.J. (1998) "Occupational stress and family life: A

- comparison of male and female doctors." *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 71, pp.237-260.
- Thommasen, H. V., Lavanchy, M., Connelly, I., Berkowitz, J., & Grzybowski, S. (2001). Mental health, job satisfaction, and intention to relocate - Opinions of physicians in rural British Columbia. *Canadian Family Physician*, 47 (Avril), p. 737-744.
- Tieaskie, L.J. (2000). Perceptions of Autonomy and Career Satisfaction of Primary Care Physicians in Managed Care Environments, *Humanities and Social Science*, 61(6-A), 2203.
- Trevor, C.O. (2001). Interactions among actual ease-of-movement determinants and job satisfaction in the prediction of voluntary turnover. *Academy of Management Journal*, 44, 621–638.
- Trottier, L.H., Fournier M.A., Diene, C.P., Contandriopoulos, A.P. (2003). Les soins de santé primaire au Québec. Secteur santé publique, Faculté de médecine, Université de Montréal, 154 pages.
- Ulrich, D., Smallwood, N. (2005). HR's new ROI: Return on Intangibles. *Human Resource Management*, 44, 137–142.
- Viviers, S., Lachance, L., Maranda, M.-F., & Ménard, C. (2007). Étude de la santé psychologique des ophtalmologistes québécois.
- Viviers, S., Lachance, L., Maranda, M.F., Ménard, C. (2008) Burnout, psychological distress, and overwork: the case of Quebec's ophthalmologists, *Canadian Journal of Ophtalmologists*, 43, 535-546.
- Yavas, O., Babakus, E, & Karatepe, O. M. (2008). Attitudinal and behavioural consequences of work-family conflict and family-work conflict. Does gender matter? *International Journal of Service Industry Management*, 19, 7-31.
- Van Der Ploeg, E. (2003). Critical Incidents and Chronic Stressors at Work: Their impact on Forensic Doctors. *Journal of Occupational Health Psychology*, 8(2), 9.
- Wallace, J.E., Lemaire, J., (2007). On physician well being—You'll get by with a little help from your friends, *Social Science and Medicine*, 64(12), 2565-2577.
- Werbel, J.D. (1978) Work and physical health. Management Alienation. Symposium conducted at the annual meeting of the Eastern Academy of Management, New-York
- Williams, K.J. (1994). Role stressors, mood spillover, a perception of work and family conflict in employed parents. *Academy of Management Journal*, 37, 837-868.
- Xanthopoulou, D., Bakker, A. B., Dollard, M. F., Demerouti, E., Schaufeli, W. B., Taris, T. W., & Paul, J. G. S. (2007). When do job demands particularly predict burnout? *Journal of Managerial Psychology*, 22(8), 766-786

Author Profiles:

Caroline Alexandra Mathieu, earned her Master degree at the Sherbrooke University, Canada in 2008. Currently she is a Ph.D student in Business at Laval University, Canada.

Caroline Biron earned her Ph.D at the Lancaster University Management School, United Kingdom in 2010. Currently she is a professor of Business at Laval University, Canada.

Cynthia Mathieu earned her Ph.D at the Montreal University, Canada in 2005. Currently she is a professor of Business at University of Quebec at Trois-Rivieres, Canada.

Proposal of a typology to understand the intention to leave of general practitioners

It is now well established that given the current economic context, with globalization and openness to the world offering many diverse job opportunities, staff retention has become a major issue. To cope with the challenge of retention, organizations are forced to rethink their work structures. Although retaining the staff has become one of the most popular topics in organizational research over the past five decades (Holtom et al., 2008), the intent to leave voluntarily was already being studied a hundred years ago (Slichter, 1919). Researchers were first interested in predictors of intention to leave in empirical models (Griffeth et al., 2000) and later in certain groups of employee-specific reasons to better understand what makes them want to leave. Many theoretical advances in the research on the retention of staff have been made, and these advances have been accompanied by a certain erosion of the theoretical consensus around the notion of intention of leave and departures (Holtom, 2008).

Due to the current shortage of physicians, doctors, who are not a very widely studied professional group are the type of professionals that our society would like to retain in their current position (Baida et al., 2005). Whether this situation is attributable to departures for private practices (Statistics about Physicians, 2004) or due to job demands being too high in practices (Salsberg, et al., 2006), many countries are experiencing difficulty in retaining qualified physicians (Latour, 2003). Canada is no exception to this shortage.

Research on physician retention has as of yet been very limited in scope (Baida et al. 2005). To compensate for this lack of literature, this research will focus on the subject's own physician retention. General studies on intent to leave have already been carried out;

however, none have approached the two aspects used in this research: work-family conflict (WFC) and job resources. However, the links between work-family conflict and job resources with the intention of leaving are well known in the literature (e.g. Chawla and Sondhi, 2011; Molinié, 2005). This paper fills many of these gaps. This article specifically aims to develop a typology based on the level of work-family conflict felt by physicians as well as their level of satisfaction with the resources present in their workplace. Assessing the importance and role of certain variables to explain the probability that a physician is located in the benchmark group (the group of doctors with a low intention to leave) using a typology is, in itself, a methodological contribution because looking at the intent to leave from this perspective seems absent from the literature. In a perfect situation, all the physicians would be in the benchmark group. This innovative approach enabled us to identify factors that may contribute to the retention of physicians and therefore establish more appropriate human resources practices.

The remainder of the paper is organized as follows: in section 1, the framework is presented and linked to the dependent variable. Section 2 describes the explanatory variables. Section 3 describes the research methodology, focusing on the development of the questionnaire and data collection. This is then followed by a presentation of the theoretical model in section 4. Section 5 describes the empirical aspect of the paper and focuses on presenting the multinomial logistic regression model and the results. Section 6 summarizes these results. The implications of these results are then discussed in section 7 which also serves as the conclusion.

1. Intention to leave

For an employee, leaving is a process (Dulewicz and Higgs, 2000) that begins with the intention to leave (thinking about leaving, intention to seek employment and exiting). The second step is showing behaviors related to the intention to leave (absences and actual departure). For this study, the dependent variable used was the “intention to leave” which is operationalized by the beginning of the process of separation from the employer.

The economic impacts associated with the departure of employees and even their intention to leave is well-recognized and numerous theories and models have been used in empirical research to explain the nature of this phenomenon (Mitchell et al. 2001; Mobley, 1977). More recently, Moore (2000) proposed a model explaining the staff retention in "Attributional Model of Work Exhaustion" that doesn't focus on individuals but rather on environmental work factors such as work overload, role conflicts and the ambiguity of roles and a lack of resources that leads to exhaustion. This depletion is a gradual process of erosion because the individual, who finds themselves in this type of situation, will, at some point, start seeking other employment opportunities and ultimately, leave. To deepen this reflection, Ahuja and al. (2007) recently adapted Moore's retention model (2000) by replacing conflict and ambiguity of roles with the work-family conflict as an important influence. They also highlighted the effects of work overload on exhaustion and, ultimately, on the intention to leave. This study focuses on the intention to leave as a result of individual and organizational factors, relying on the "Conflict Demands-Resources (CD - R) model (Mathieu et al., 2013) based on the ideas of Moore (2000) and Ahuja (2007). The CD-R model is an extension of the work stress model "Job Demands-Resources" (JD - R) (Demerouti et al., 2001).

1.1. The Job Demands-Resources Model and intention to leave

The JD-R model (Demerouti et al., 2001) starts with the premise that the characteristics of the working environment can be classified into two categories: job demands and job resources. While a lack of resources results in a decrease in commitment, excessive demands increase psychological distress. In 2013, Mathieu et al., proposed a more encompassing model, the Conflict Demands-Resources Model (CD - R). This model includes not only the intention to leave but also the database variables of the JD - R model, as well as the work-family conflict (WFC) variable that significantly influences the decision to leave or remain (Greenhaus et al., 2001). In addition, WFC is a variable that is being increasingly studied in connection with the two independent variables in the JD – R model (job demands and job resources) (Bakker et al., 2008; Bakker et al. 2011; Demerouti et al., 2012). This new model of a physician's intention to leave also includes mediating variables between the WFC and the intention to leave, which has not yet been done in an integrative model. Some variables in the CD - R model were used to build the typology and some were used as explanatory variables.

1.2. The main dimensions of the intention to leave

First dimension: the role stress theory and work-family conflict

The "Role Stress Theory" (Greenhaus and Beutell 1985; Kahn et al. 1964) stipulates that the multiple social roles are often seen as a source of pressure on individuals. Family demands combined with demands in the workplace create often more burdens than an individual is able to bear. This can lead to role overload and a conflict of roles. Greenhaus and Beutell (1985, p.2) defined the conflict or interference between work and family life as "a form of inter-role conflict in which the role pressures from both work and family domains are

mutually incompatible in some respect”. The first dimension used to build the typology is based on the work-family conflict felt by physicians. The higher the WFC, the higher the intention to leave (Boyar et al., 2003; Chawla and Sondhi, 2011). Some will leave their jobs to put an end to the WFC. Much research conducted among physicians around the world seems to come to the same conclusion: one of the main reasons for doctors leaving their job is a conflict between work and family life which is a great source of stress (Hapogian et al, 2009). Boyar and al. (2003) pointed out that researchers have paid too little attention to the links explaining the dynamics between the WFC and the intention to leave. Our research will address this gap.

Second dimension: the conservation of resources and job resources model

Becker’s Human Capital theory (1985) assumes that employees have access to a pool of personal resources grouped into two categories: time and energy. This theory states that people decide which area to focus their resources and, more specifically, how they will use these resources. The conservation of resources theory by Hobfoll (1989) developed this argument by focusing on stress consequences arising from a threat, a loss of resources or a lack of expected benefits from a resource. The primary goal of an individual, according to this theory, is *“to obtain, maintain, protect and promote the elements they value”* (Hobfoll, 1998). This theory fits with the work of Maslow (1968) who focuses on the resources available to individuals to cope with difficult situations. When faced with these types of situations, searching for coping strategies can lead individuals to invest in resources. If this investment does not have the intended effect, the individual may feel frustration and anxiety. Therefore, they adopt ever more defensive attitudes that drain them slowly (Hobfoll, 1998). A research on resources and intention to leave shows that the lack of resources makes employees of all ages want to leave (Molinié, 2005). In prior studies, the link between job

resources and intent to leave has already been discussed, as it seems to be a logical continuum (Carter and Tourangeau, 2012).

It was also found that job resources and WFC are positively related (Bakker et al. 2011; Carter and Tourangeau, 2012). Therefore, this positive association allowed us to link these dimensions to form four groups or profiles. Specifically, this study seeks to further measure the degree of *satisfaction* with regards to the resources in place instead of the job resources themselves.

2. Explanatory variables

This framework is based on the JD-R and the CD-R models. We adapted and enhanced these models in two ways. We began by using two variables from the CD-R model (an extension of the JD-R model) to build the typology (Mathieu et al., 2013). We then used several variables related to personal factors to explain their intention to leave. These factors are successively presented below. The focus of this study is to understand which variables increase the likelihood of physicians being in the benchmark group.

2.1. Independent variables in the JD - R model

As proposed by Chawla and Sondhi (2011), when retention is studied, it is important to take into account the organizational and demographic variables as well as the psychological variables that promote employee stability. As described in the JD - R and CD - R models, the two variables related to the consequences of psychosocial risks (which correspond to the two independent variables in the JD - R model) are commitment and psychological distress.

Commitment

The negative relationship between job commitment and intent to leave is explained by an implied waiting between both parties in a reciprocal exchange between the employee and the organization (Rousseau, 1995). In fact, when an employee feels committed to an organization, they are more inclined to stay (Ahuja et al., 2007). Using a survey of physicians, Hapogian, (2009) showed that job commitment is one of the five most important factors to consider when studying the intention of leaving. Many other studies also follow in the same direction (Brewer et al. 2009; Carter and Tourangeau, 2012).

H₁: The variable "commitment" significantly increases the probability of being in the benchmark group rather than in the three other groups.

Psychological distress (anxiety and burnout)

In this study, the psychological distress variable is used in a two-factor mode (anxiety and burnout). A recent study by Jordan and Chao (2010) showed that great psychological distress is significantly related to intent to leave. Almost half (45.7%) of the physicians between 35 to 44 years of age, who responded to the survey by the Canadian Medical Association (n = 2 251), said they were suffering from fatigue or burnout (Crépeau, 2003). Other studies have also shows a clear link between burnout and intent to leave (Schaufeli and Bakker, 2004).

H₂: The variable "psychological distress (anxiety)" significantly reduces the probability of being in the benchmark group rather than in the three other groups.

H₃: The variable "psychological distress (burnout)" significantly reduces the probability of being in the benchmark group rather than in the three other groups.

3.2. Variables related to work factors

Job demands and the work environment are the second types of explanatory variables at work. These are important elements to consider for the retention of staff (Mitchell et al., 2001).

Job demands

The perception of work overload has more impact on a physicians' work than their actual workload (Thommasen et al., 2001). This is why this research focuses on their *satisfaction* with the job demands. In 2008, Bakker, Demerouti and Dollard established that job demands contributed to increasing the WFC in individuals as well as their intention to leave. Other studies have come to the same conclusion (Ahuja et al. 2007; Kahn et al, 1964; Moore, 2000). When performance pressure is put on employees, the working environment is less attractive and the propensity to leave is stronger (Ahmad et al. 2010).

H₄: The satisfaction of "job demands" significantly increases the probability of being in the benchmark group rather than in the three other groups.

Work environment

Work environment seems to have a significant impact on retention. Even if no prior studies were found on physicians' work environment and their intention to leave, studies of other professions have highlighted this as a positive relationship. A study by Carter and Tourangeau (2012) showed that the level of intent to leave in nurses practicing within specialized hospitals was lower than in their counterparts working in a regular hospital. This research points out that the specific characteristics of nurses as well as external factors, such as the opportunity to find work elsewhere, influenced their intention to leave.

H₅: The variable associated with the main work environment is significant to explain the probability of being in the benchmark group rather than in the three other groups.

2.3. Variables related to personal factors

In this study, we consider personal factors such as gender, civil status, dependent children and age.

Gender

According to previous studies, women appear to be more likely to voluntarily leave their jobs. This phenomenon is explained in part by the fact that women leave more often for family reasons (Jacob, 2008). Though Harrell and Eickhoff's (1988) found that, early in their careers, staff turnover isn't gender-related. On the other hand, a recent study contradicts this assertion, arguing that women are less likely than men to leave precisely because of fewer jobs opportunities and because they are uncomfortable making this kind of change (Carter and Tourangeau, 2012). The literature is contradictory regarding on this variable, it will therefore require further testing to determine whether gender has no significant effect.

H₆: Gender has no significant effect on the probability of being in the benchmark group rather than in the three other groups...

Dependent children

Having dependent children is a significant and positive predictor of intention to leave the job and the number of dependent children an individual has is also a factor (Hayes et al., 2006). In fact, family responsibilities toward children affects the perception of movement opportunities (Price, 2001). A study conducted with nurses indicated a firmer intention to remain put in mothers of children 6 years of age and younger (Brewer et al., 2009).

H₇: Having children significantly increases the probability of being in the benchmark group rather than in the three other groups.

Marital status

A study by Doran et al. 1992 showed that married people are less likely to want to leave. On the other hand, more recent studies contradict this result saying that marital status influences participation in work (Chiha and Link, 2003), but has no effect on intent to leave (Holmas, 2002).

H₈: Being married or having a common-law partner has no significant effect on the probability of being in the benchmark group rather than in the three other groups...

Age

Brewer et al. (2009) found that the highest levels of intent to leave are found among younger employees in the 25 to 35 age group. Additionally, the score was higher among workers aged 36 to 45 years than among those aged 46 to 55 years. This link is well-documented in literature and has been for several years (Carter and Tourangeau, 2012; Randhawa, 2007).

H₉: Being older significantly increases the probability of being in the benchmark group rather than in the three other groups.

3. Methodology

3.1. Questionnaire development

The online questionnaire included a general information section about physicians as well as on their employment. The second part consisted of 43 items in total, divided into six measuring instruments to assess each variable and rate them on the Likert scale. The six variables were: "work-family conflict", "engagement", "psychological distress" (bifactorial instrument), "job demands" and "job resources".

3.2. Data collection

The data used for this study come from a web-based twenty question survey using Survey Monkey. It was developed following an in-depth review of the literature on work engagement, psychological distress, WFC and intent to leave. An email inviting GPs to complete the questionnaire was sent at the beginning of February 2011 by the Vice-President of the Quebec Association of General Practitioners (FMOQ), to guarantee the confidentiality of their members' contact information. The request to complete the questionnaire was sent to approximately 5,000 general practitioners in Quebec (Canada), with the exact number varying due to the additions and withdrawals of e-mail addresses. In all, 1,112 questionnaires were completed, among which 43 were found to be unusable due to missing data (only the consent of the participant had been completed). The survey generated 1,069 usable questionnaires for a gross response rate of 22.24%. Without taking into account respondents who were unable to complete the questionnaire for various reasons, the gross response rate was good for this type of population (Klabunde, et al. 2012). According to authors who deal with quality improvement of surveys conducted among physicians (Klabunde et al., 2012), a standard sample of physicians from an association (as is the case in this study) can be problematic for researchers in several respects. Among these difficulties, the authors point out the lack of regular, or even annual, database updates. Verification of the data for a sample of physicians (National Survey of Primary Care Physicians' Recommendations and Practices for Breast, Cervical, Colorectal, and Lung Cancer) indicated that 20% of the sample required additional research to obtain accurate information about telephone numbers and/or addresses, while 7% of the sample could not be traced at all despite rigorous efforts. Moreover, some physicians' e-mail addresses vary according to the location of their practice and some of these addresses were rarely used. Sudman and Blair (1999) revealed that surveys addressed

to physicians typically attain a response rate of less than 10%. Another recent study that analyzed dozens of physician surveys found that their response rate has declined since 1998 (McLeod et al. 2013).

4. Theoretical model

4.1. Typology of intention to leave and Model's dependent variables

As previously mentioned, the construction of the typology for the intention to leave is based on a combination of WFC and job resources. More specifically, we crossed two indicators: 1) the work-family conflict felt by the physician and 2) their satisfaction of job resources.

The first indicator (WFC) was adapted from the instrument created by Netemeyer, Boles and Mcmurrian (1996), translated and adapted into French for another study by Mathieu (2008). It contains 5 items that isolate possible obstacles to the fulfillment of family obligations. A high score on the results of these statements indicates that general practitioners have a high level of WFC (Netemeyer, Boles and Mcmurrian, 1996). In responding to the statements, participants were asked to indicate their level of agreement, using a 5-point scale ranging from 1 "strongly disagree" to 5 "strongly agree". The mean of the scores for the items ranges from 1 to 5.

No tool was listed for measuring job resources for physicians. As stipulated by Bakker and colleagues (2011), the items for measuring job resources must be adapted to fit each type of job. In October 2007, a focus group was put together including six physicians from the Centre Hospitalier de Université de Sherbrooke in Canada to identify the demands and resources that most affect the work of doctors. Nine items were selected for the "resources" variable. Respondents were asked to comment on aspects of their work as a physician by indicating their level of satisfaction on a 6-point scale ranging from 1 "completely dissatisfied" to 6

“completely satisfied”. A high score on these items shows great satisfaction. The mean of the scores of the items ranges from 1 to 6.

Given that these two indices were based on multiple-item scales, we conducted a principal component factor analysis (PCFA) on the construct scales to assess their unidimensionality. For the WFC index, the results of the PCFA indicated that one factor explained 71.06% of the original variance, with an initial Eigenvalue of 3.55. Likewise, a PCFA on the construct scales to assess the unidimensionality of the satisfaction of job resources index was conducted. After removing an item that had a low communality (item 1), all the other 8 items were classified into 3 factors following a varimax rotation where 2 items (items 3 and 4) were isolated for their factor. The first factor included 6 items and was used as the measuring instrument for the “resources” variable. The results of this PCFA indicated that one factor explained 52.11% of the original variance with an initial Eigenvalue of 3.13. The reliability of the indices was then conducted using an item-by-item analysis of the components of these additive scales using Cronbach’s α , which provides a reliability coefficient for multiple-item scales. The Cronbach’s α score was .898 for the five items on the WFC index, and .81 for the six items on the satisfaction of the job resources index. These Cronbach’s α values indicate that the items composing the two indices are reliable (DeVon et al., 2007).

Using these two indices, we derived the typology of the intention to leave in two steps. First, the medians of the two indices were calculated. As seen in Table 1, the medians are equal to 3.4 and 4.17 for the WFC index and the satisfaction of job resources index.

By crossing the two dimensions (work-family conflict and satisfaction of job resources), it was possible to highlight four types of general practitioners according to their degree of intent to leave as shown in Figure 1 and obtained as follows:

Table 1: Operationalization of the four types of intent to leave of general practitioners: the groups are constructed using two variables.

Work-family conflict		Resources at work	
Median	3.4	Median	4.17
Mean	3.22	Mean	4.11
Standard deviation	0.94	Standard deviation	1.1
Minimum	1	Minimum	1
Maximum	5	Maximum	6

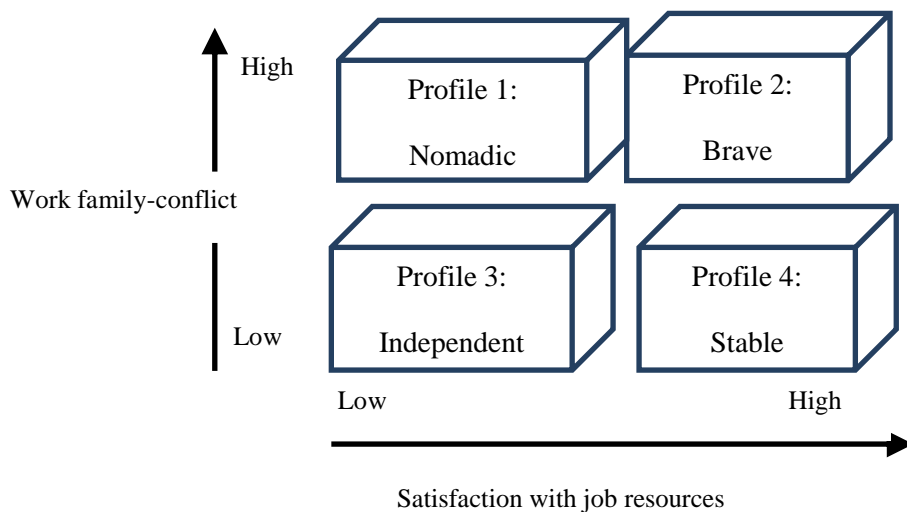


Figure 1: The four types of general practitioners according to their intention to leave.

- *The nomadic* (profile 1) are characterized by a high level of work-family conflict and a low satisfaction with the job resources: index of resources ≤ 4.17 and WFC > 3.4 index.
- *The brave* (profile 2) are characterized by a high level of work-family conflict combined with a great satisfaction with the job resources: index of resources > 4.17 and WFC > 3.4 index.

- The *independent* (profile 3) are characterized by a low level of work-family conflict combined with a low satisfaction with the job resources: index of resources ≤ 4.17 and WFC index ≤ 3.4 .
- The *stable* (profile 4) is the benchmark group. Physicians in this group are characterized by a low level of work-family conflict combined with a high satisfaction with their job resources: index of resources > 4.17 and WFC index ≤ 3.4 .

These four types of intent to leave of GPs were used as dependent variables in our model.

To evaluate whether there are statistically significant differences in general practitioners' intention to leave according to their profile, we conducted a comparison test of averages for independent samples using an ANOVA test. This method for measuring the "intention to leave" variable was adapted from the instrument created by Simon et al. (2004) which was then translated into French for a subsequent search by Mathieu (2008). The excellent results found for these statements indicate that general practitioners frequently think about leaving their jobs. Verification of the overall Eigenvalue index reveals the presence of a single explanatory factor for the model. The Cronbach's alpha of 0.71 indicates adequate internal consistency. The logarithmic transformation of the index, which refers to intention to leave, was preferred because it is closer to normal distribution (see figure 2).

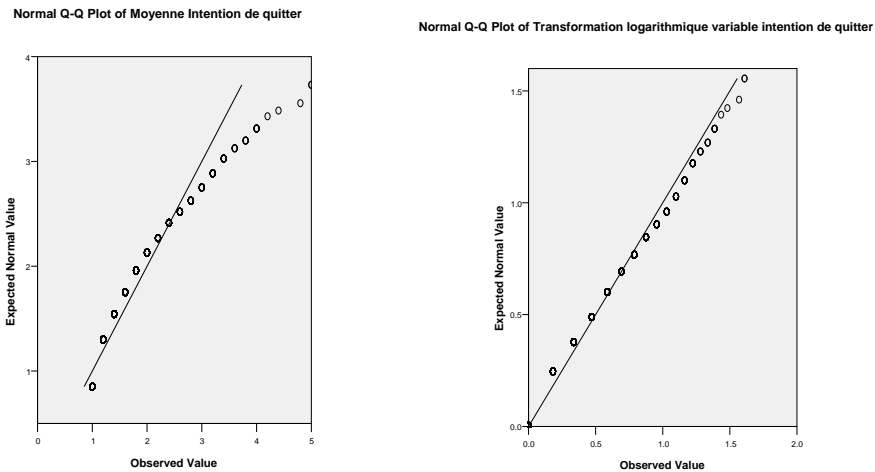


Figure 2. Graphics representing the normality of the “physician’s intention to leave” construct.

To compare intention to leave in the four GPS profiles, we measured the results by combining the two dimensions (satisfaction with job resources and work-family conflict). The variant homogeneity was first tested using the Levene test. The null (H_0) hypothesis of the Levene test showed an equality of variances between groups. Since the results of this test were found to be significant at a 5% level ($p\text{-value} < 0.05$ (0.002)), we rejected H_0 due to unequal variances. This result allowed us to use the *Post Hoc* Tamhane average comparison test to compare means between groups. The null hypothesis in the ANOVA test showed an equality of averages among groups. Since the mean comparison test turned out to be significant at the threshold value of 5% ($p\text{-value} = 0.00$), the null hypothesis of equal averages was therefore rejected indicating that there are differences in averages between groups. To verify these differences, we used the Tamhane test in a *Post Hoc* analysis, as stated above. This test was used to verify an equality of variances between the different groups (nomadic, brave, independent and stable) according to their intention to leave; which proved to be significant. The results of this test (given in table 2) indicate the existence of significant

differences between the groups concerning their intention to leave. We see therefore that on average, physicians in the nomadic profile displayed an intention to leave that was stronger than doctors in the other three profiles. Additionally, doctors in the stable profile appeared, on average, to have a lower intention to leave than the other three profiles. The last two categories of doctors, the Independent and Brave profiles (each characterized by a favorable dimension and another unfavorable), found themselves situated in the middle, between nomadic and stable, regarding their intention to leave. There appeared to be very little variance between these two profiles. Empirically, these results support our use of the two dimensions for the construction of this typology.

Table 2. Comparison of the intention to leave of general practitioners according to profiles (Tamhane's test)

	N	Mean difference	Sig. ^a
Nomadic	301		
Brave	160	0.1690	0.000
Independent	235	0.1869	0.000
Stable	340	0.3428	0.000
Brave	160		
Nomadic	301	-0.1690	0.000
Independent	235	0.0179	0.996
Stable	340	0.1738	0.000
Independent	235		
Nomadic	301	-0.1869	0.000
Brave	160	-0.0179	0.996
Stable	340	0.1559	0.000
Stable	340		
Nomadic	301	-0.3428	0.000
Brave	160	-0.1738	0.000
Independent	235	-0.1559	0.000
p-value for the test of Homogeneity of Variances of Levene		0.002	

^aWhen the test of significance is greater than the threshold alpha = .05, the null hypothesis cannot be rejected.

4.2 Specification of the independent variables

The independent variables considered in this study were grouped into the 3 categories defined in section 3, namely: 1) independent variables of the JD-R and CD-R models; 2) work related factors and 3) personal related factors. Appendix A and B provides the internal reliability coefficients (Cronbach's Alpha) and shows the results of a principal component factor analysis (PCFA) for the explanatory variables on a multiple-item scale. These results indicate that all the multiple-item scale variables satisfy the unidimensionality criterion. Moreover, the Cronbach's α values indicate that the items forming each index are also reliable. To test for the multicollinearity between the continuous explanatory variables in the model, we began by estimating their pair-wise correlation coefficients (Appendix C) and then we estimated their tolerance statistic values. All the estimated values were much higher than .2, indicating that there is no multicollinearity issue (Field, 2006). An analysis of early versus late respondents' answers to four key variables of the study was also performed to verify non-response bias in our sample. It is believed that these late respondents would have probably been non-responders if there had not been a recall (Radhakrishna and Doamekpor, 2008). An independent sample t-test was run and used for comparison. The results indicate that on average, the group of early respondents, representing the first 10%, and the group of late respondents, representing the last 10%, do not differ on these four variables (no significant differences at a threshold of 0.05). Therefore, we can conclude that non-respondents are perhaps similar to late respondents, and thus the non-response bias is not a major concern in our sample.

4.3. Descriptive Statistics

As seen in table 2, the distribution of 1,069 family physicians over 4 different profiles was obtained from crossing the WFC with the satisfaction of the job resources index as follows: 300 physicians or 29.1% of the sample in the *nomadic* profile, 160 physicians or 15.5% in the *brave* profile, 235 physicians or 22.83% in the *independent* profile, and 337 physicians or 32.7% in the benchmark group or in the *stable* profile. The descriptive statistics for the explanatory variables are also given in table 3. Respondents received an average score of 4.67 out of a maximum score of 6 for their *job commitment* with a SD of 1.11. As for the *psychological distress 1 (anxiety)* variable, respondents scored an average of 2.18 on a maximum score of 4 with a SD of 0.36. Furthermore, variables of *psychological distress 2 (burnout)* and *job demands* respectively got average scores of 1.90 and 3.71 on a maximum of 4 and 6 with a SD of 1.83 and 3.60.

Regarding the dichotomous variables, for gender, 56.8% of the respondents were female and 43.2% were male. 81.6% were married or in common-law and 18.4% were single, separated, divorced or widowed. 68.2% have dependent children and 31.8% do not have any dependent children. For age groups, 8% of the physicians were 31 years old or under, 23.4% were between 32 and 45 years old and 68.3% were at least 46 years old. Of the 1,069 respondents, 51.8% worked in a private clinic or in a walk-in clinic for primary work location, 18.4% were practicing in a University hospital, 16.2% in a community clinic, 8.2% in a non-university hospital and 2.3% in a center of research, in an administration office or as a teacher.

Table 3: *Descriptive statistics*

Dependent var.: intent to leave		Number of cases	Percentage			
-Nomads		300	29.1			
-Braves		160	15.5			
-Independents		235	22.8			
-Stables		337	32.7			
Continuous ind. var.:	Variable type	Minimum	Maximum	Mean	Standard deviation	
-Commitment	Index: 7 items	0	6	4.67	1.11	
-Psy. distress (A)	Index: 6 items	1	4	2.18	0.36	
-Psy. distress (B)	Index: 6 items	1	4	1.90	1.83	
-Job demands	Index: 5 items	1	6	3.71	3.60	
Dichotomous variables:						
-Gender	Women = 56.8%		Men = 43.2%			
-Civil status	Married or common-law = 81.6%		Single, separated, divorced, widowed = 18.4%			
-Dep. children	Yes = 68.2%		No = 31.8%			
-Age groups	≤31 = 8%	32 to 45 = 3.4%	≥46 = 68.3%			
-Environment (primary work location)	Private clinic/ Walk-in clinic = 51.8%	University Hospital = 18.4%	Hospital (non-uni.) = 8.2%	Communit y clinic = 16.2%	Centre of research/Administrative Office/Teacher = 2.3%	

5. Empirical models and results

A multinomial logit regression was used to identify variables impacting on the likelihood that a physician end up in one of the volatile groups (1-2 or 3) rather than in the benchmark group (4), where physicians are stable and demonstrate a low intention to leave.

5.1. Specification of the Multinomial Logit Model

For the multinomial logit regression model, the four alternative profiles were 1, 2, 3 and 4 (our model's reference category). The probability of choosing any given profile k (with $k=1; 2; 3; 4$) is given by:

$$P_j = \frac{\exp(\beta_j x)}{\sum_j \exp(\beta_j x)} \quad \text{pour } j = 1, \dots, k+1 \quad (1)$$

where X_i is the matrix of the profiles' attributes and β_k is an $m \times 1$ vector of parameters to be estimated.

Applied to this research, because the group 4 (*stable*) has been determined as the benchmark group, the estimated parameters will be interpreted in as follows:

$$\text{Ln}\left(\frac{\text{Prob}_{i1}}{\text{Prob}_{i4}}\right) = (\beta_1 - \beta_4)X_i = \beta_1 X_i ; \text{Ln}\left(\frac{\text{Prob}_{i2}}{\text{Prob}_{i4}}\right) = (\beta_2 - \beta_4)X_i = \beta_2 X_i ; \text{and } \text{Ln}\left(\frac{\text{Prob}_{i3}}{\text{Prob}_{i4}}\right) = (\beta_3 - \beta_4)X_i = \beta_3 X_i$$

$\text{Ln}\left(\frac{\text{Prob}_{i1}}{\text{Prob}_{i4}}\right)$ is the logarithm of the ratio of the probability that a physician ends up in group

4, which is the standard group, relatively to the likelihood that this same doctor is found in group 1, for example.

5.2. Results of the Multinomial Logit regressions

The regression results of the Multinomial Logit model are summarized in Table 4. The model has a very good predictive power, with 59.8% of correct predictions. The value of the Nagelkerke R^2 is .545, which is very good for qualitative dependent variable models. Furthermore, the computed value of the likelihood ratio (i.e., 732.326) is much larger than the critical value of the chi-squared statistic at the 1 percent level, with 39 degrees of freedom. This suggests that the null hypothesis that all the estimated coefficients, are all equal to zero, is strongly rejected. Consequently, the model is significant at the 1 percent level.

Table 4: *Multinomial-logit model explaining physicians' intent to leave*

Dependent variable	High WFC and low resources / low WFC and high resources		High WFC and high resources / low WFC and high resources		Low WFC and low resources / low WFC and high resources	
	Nomads to stables (groups 1 to 4)		Braves to stables (groups 2 to 4)		Independent to stables (groups 3 to 4)	
Independent variables	Coeff. B	Exp (β)	Coeff. B	Exp (β)	Coeff. B	Exp (β)
Constant	4.55		-2096		7.147	
Consequences of psychosocial risks						
Commitment [Com]	.015 ^{NS}	.985	-.091 ^{NS}	1.095	.051 ^{NS}	.950
Psych. distress (A) [Psy1]	.459 ^{NS}	.632	-1.578 ^{NS}	4.846	1488 ^{NS}	.226
Psych. distress (B) [Psy2]	-1.433 ^{***}	4.189	-1,207 ^{***}	3.344	-.258 ^{NS}	1.294
Work-related factors						
-Work demands [WrkD]	2,079 ^{***}	.125	.428 ^{***}	.652	1.595 ^{***}	.203
Work environment:						
-Private clinics [Private]	.102 ^{NS}	.903	-.360 ^{NS}	1.433	.601 ^{**}	.548
-Univ. Hospitals [UHosp]	-1,460 ^{***}	4.304	-.268 ^{NS}	1.307	-.689 ^{**}	1.991
-Hospitals (n.-univ) [Hosp]	-.528 ^{NS}	1,695	.970 [*]	.379	-.137 ^{NS}	1.147
-Com. clinics [ComC]	-.188 ^{NS}	1,207	-.096 ^{NS}	1.101	-.439 ^{NS}	1.551
-A research centre/teacher /adm. centre [ResearchC]	Benchmark		Benchmark		Benchmark	
Personal factors						
-Gender [Gender]	.193 ^{NS}	.824	.073 ^{NS}	.930	.057 ^{NS}	.945
-Civil status [Married]	-.131 ^{NS}	1,140	.203 ^{NS}	.816	-.050 ^{NS}	1.052
-Children [Children]	-.147 ^{NS}	1.159	-.490 ^{**}	1.633	-.098 ^{NS}	1.103
-Age group						
≥46 years old [Age1]	.019 ^{NS}	.981	.335 ^{NS}	.715	1,136 ^{***}	.321
32 to 45 years [Age2]	-.412 ^{NS}	1.510	.225 ^{NS}	.799	.907 ^{**}	.404
≤ 31 years [Age3]	Benchmark		Benchmark		Benchmark	
N	300/337		160/337		235/337	
-Chi-square (d.f.)	732.326 (39)					
-Nagelkerke R ² (Pseudo R ²)	0.545					
-Perc. of cor. predictions	59.8%					

*, **, *** indicate that the variables are significant at 10%, 5% and 1% respectively.
^{NS} indicates that these variables are not significant at the 10% level.

Let us first consider the capacity of the independent variables to explain the likelihood of belonging to the *stable* group rather than to the three other groups. With regard to the independent variables that may increase the stability of the physicians, the results given in Table 4 show that five variables significantly explain the likelihood of being in the *stable* profile rather than in the three others. More precisely, *psychological distress 2 (burnout)*,

work environment, *having children* were found to be significant, and had a negative impact in this study. Two other variables (*satisfaction with job demands* and *age group*) were found to be significant, exerting a positive impact in this study. Two variables (gender and marital status) were found to not be as significant in the model as expected. On the contrary, *psychological distress 1 (anxiety)* and *work engagement* were found to have no significant impact on the likelihood of being in the *stable* profile rather than in the three other profiles.

Let us turn our attention to each of the three configurations of the physicians' intent to leave:

Profile 1: From the *nomadic* to *stable* (groups 1 to 4): in this configuration, psychological distress 2 (burnout) and being employed in a university hospital rather than in a research centre, as a teacher or in an administrative office decrease significantly the probability that physicians be in the *stable* rather than in the *nomadic* group. However, satisfaction related to job demands increases significantly the above likelihood.

Profile 2: From the *brave* to the *stable* groups (groups 2 to 4): psychological distress 2 (burnout) and having dependent children significantly reduced the likelihood of physicians being in the *stable* rather than in the *brave* group. However, satisfaction related to job demands increases the above-mentioned likelihood. Moreover, working in a hospital (non-academic) rather than in a research centre, as a teacher or in an administrative office significantly increases the likelihood of ending up in the *stable* rather than in the *brave* group.

Profile 3: From the *independent* to the *stable* (groups 3 to 4): satisfaction related to job demands and being 46 years old or older or being between 32 and 45 years rather than being 31 years or less significantly increases the likelihood of ending up in the group of the *stable* rather than in the group of the *independent*. Moreover, working in a private clinic rather than in a research centre, as a teacher or in an administrative office significantly increases this

probability and it significantly decreases by working in a University Hospital rather than in a research centre, as a teacher or in an administrative centre.

6. Discussion and conclusion

In this paper, we suggested that for physicians to become more stable, an effort should be made to decrease psychological distress (anxiety and burnout), increase their satisfaction regarding their job demands and pay attention to their work environment, especially for physicians with children and for certain age groups. Moreover, we suggest that the government should establish management strategies that are more likely to achieve better results in terms of psychological distress and satisfaction of job demands.

The results of this research show that intent to leave is a more complex phenomenon than it may seem at first glance. Overall, several interesting results emerged from our empirical investigation. As expected, higher scores of psychological distress (burnout) seemed to significantly decrease the probability of belonging to the benchmark group, rather than to one of the other three groups. This confirms what is advocated by many authors - that high levels of psychological distress and especially burnout is significantly related to turnover intention (Ahuja and al., 2007; Jordan and Chao, 2010).

The results also indicated that the satisfaction of job demands increases the likelihood of belonging to the *stable* group. This result is in line with prior studies reporting that the perception of work overload has a negative impact on physicians (Thommasen et al., 2001) and that job demands contribute to increasing their turnover intention (Ahuja et al. 2007; Bakker et al., 2008). Additionally as expected, the work environment was found to also exert an impact on physician retention. Regarding the primary work location, working in a private clinic or in a hospital that is not a University centre rather than in a research

centre/teacher/administrative office significantly increases the likelihood of ending up in the *stable* group rather than in group 3. Whereas working mainly in University Hospitals rather than in a research centre/teacher/administrative office, was significantly and negatively associated with the probability of belonging to the *stable* rather than the *brave* group. Working in private clinics or in a non-academic hospital is closer to the usual work of general practitioners' environment, compared with working essentially in an administrative office which decreases the number of hours devoted to patients. These findings confirm that environment plays a role in retention. The results of the four personal factors also partially or completely revealed the expected results.

According to the typology proposed in this research, several explanatory variables from previous literature do not emerge as significant. Job commitment and psychological distress (anxiety) were found to be non-significant in increasing or decreasing the probability of belonging to the benchmark group, rather than to one of the other three groups. This contrasts with results found in some previously conducted studies that high levels of psychological distress (anxiety and burnout) are significantly related to turnover intention (Jordan and Chao, 2010). We theorize that the burnout factor within the psychological distress measure presents a different impact than the anxiety factor that revealed to be non-significantly related to intention to leave. Further research should take into account the previous results. Our results concerning work commitment also contrast with evidence found in some prior studies that proposed that work commitment is an important factor to consider when studying retention (Carter and Tourangeau, 2012; Hapogian, 2009). In our study, we found physicians' level of commitment to be very high with a small SD. We can assume that family physicians is a population that has a high level of work commitment and that it is not an issue that we need to take into consideration in their turnover intention.

7. Managerial Implications

This study shows that the importance and the role of certain variables differ significantly, depending on the reporting type. Analysis of these variables made it possible to determine the important factors to consider, in order to enhance occupational stability among physicians and increase their retention. This implies that employee assistance programs for this population should put more effort into increasing job resources and reducing WFC. This type of initiative could lead to a certain decrease of intent to leave and psychological distress (burnout). However, it could also promote the fulfillment of physicians' job demands. In addition, these types of programs should target younger physicians as well as physicians practicing in University Hospitals.

The results of this study carry important managerial implications. The results on the impact of psychological distress and the intent to leave indicate that decision makers should encourage employee assistance programs to focus on burnout and that policy-makers should support such initiatives.

The findings of this study show that decision makers should pay less attention to physicians' gender and marital status in regards to turnover intention and work on finding solutions to help physicians with children and better accommodating and understanding the needs of younger practitioners. Aligning these recommendations into the family physicians' workplace could result in greater retention and organizational success.

8. Limitations and future research

This study carries limitations that future research should try to overcome. Although this study rests on the use of a large dataset and powerful analytical tools, it is limited to one time period. The results may be improved and made more robust by using longitudinal data. In

this study, we considered all types of physicians. Future research may exclude general practitioners occupying primarily bureaucratic functions in a body of professionals engaged in office work or include GPs in teaching positions and the professional body of teachers. These professionals do not share the same concerns when it comes to working conditions as GPs practicing medicine. Their relations with job resources as well as the sources of work-family conflict are most likely transformed due to the different nature of their responsibilities. This research also confirms that work environment and employment situation must be taken into account to understand and evaluate intent to leave. However, it would be interesting in the context of future research, to use this typology with other professionals. This study surveyed a provincial population of family physicians. Hence, the job demands, job resources and work environment derived from our results need to be interpreted in the context of their geographic reality.

References

- Ahmad, N., Ositadimma, N., (2010) Empowerment, job satisfaction and organizational commitment: A comparative analyses of nurse working in Malaysia and England. *Journal of Nursing Management*, Vol 18(5), 582-591.
- Ahuja , M.K., Chudoba, K.A., Kacmar, C.J. (2007) “IT road warriors: Balancing work –family conflict, job autonomy, and work overload to mitigate turnover in tentions”, *MIS Quarterly*, vol. 31,no.1, march, pp.1-17.
- Association médicale canadienne (2004). Créer une culture de la médecine plus saine – Rapport de la Conférence internationale 2004 sur la santé des médecins. 16 p.
- Bakker, A. B., Demerouti, E., & Dollard, M. F. (2008). How job demands affect partners' experience of exhaustion: Integrating work-family conflict and crossover theory. *Journal of Applied Psychology*, 93(4), 901.

- Bakker, A.B., Brummelhuis, L., Prins, J.T., Heijden, F.M. (2011). Applying the job demands–resources model to the work–home interface: A study among medical residents and their partners. *Journal of Vocational Behavior*, 79, 170-180.
- Becker, G.S. (1985). Human Capital, effort and the sexual division of labor, *Journal of Labor Economics*, 3, 35-58.
- Boyar, S., Maertz, C., P., Pearson, A. W., Keough, S. (2003). Work-family conflict: A model of linkages between work and family domain variables and turnover intentions. *Journal of Managerial Issues*, 15(2), 175.
- Brewer, C. S., Kovner, C.T., Greene, W., Cheng, Y. (2009). Predictors of RNs’ intent to work and work decisions 1 year later in a U.S. national sample. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 940-956.
- Carter, M. R., Tourangeau, A.E. (2012). Staying in nursing: what factors determine whether nurses intend to remain employed? *Journal of Advanced Nursing*, 68(7), 1589-1600. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.05973.x
- Chawla, D., Sondhi, N. (2011). Assessing the role of organizational and personal factors in predicting turn-over intentions: A case of school teachers and BPO employees. *Decision*, 38(2), 5-35.
- Chiha, Y.A., Link, C.R., 2003. The shortage of registered nurses and some new estimates of the effects of wages on registered nurses labor supply: a look at the past and a preview of the 21st century. *Health Policy* 64 (3), 349–375.
- Crépeau, C. (2003). L’Association médicale canadienne veut aider les médecins victimes d’épuisement. *L’Actualité médicale*, 24, 8-9.
- Demerouti, E., Bakker, A.B., Nachreiner, F., Schaufeli, W.B. (2001), “The job demands -resources model of burnout”, *Journal of Applied Psychology*, 86 (3), pp. 499-512.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Sonnentag, S., & Fullagar, C. J. (2012). Work-related flow and energy at work and at home: A study on the role of daily recovery. *Journal of Organizational Behavior*, 33(2), 276.
- DeVon, H. A., Block, M. E., Moyle-Wright, P., Ernst, D. M., Hayden, S. J., Lazzara, D. J. et al., (2007). A psychometric Toolbox for testing Validity and Reliability. *Journal of Nursing scholarship* 39 (2), 155-164.

- Dulewicz, A.G., Hiuggs, E.O. (2000). Emotional Labor at workplace: An examination of Turnover intentions of the workforce. *Journal of Social and Health Psychology*.23 (1), 34-45.
- Field, A., 2006., *Discovering Statistics Using SPSS*, second ed. Thousand Oaks, London.
- Greenhaus, J.H., Beutell, N.J.(1985). Sources of conflict between work and family roles. *Academy of management*,10,76-89
- Greenhaus, J.H., Parasuraman, S., Collins, K.M. (2001). Career Involvement and Family Involvement as Moderators of Relationships Between Work-Family Conflict and Withdrawal from a Profession. *Journal of Occupational Health and Psychology*, 6 (2), 91,100.
- Griffeth, R. W., Hom, P. W., & 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, 463–488.
- Hagopian, A., Zuyderduin, A., Kyobutungi, N., & Yumkella, F. (2009). Job Satisfaction And Morale In The Ugandan Health Workforce. *Health Affairs*, 28(5), W863.
- Harrell , A, and Eickhoff, R (1988) “Auditor’s influence –orientation and their affective response to the “big eight” work environment”, *Auditing : A Journal of practice and theory*, pp.105-118.
- Hayes, L.J., O’Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., Hughes, F., et al., (2006). Nurse turnover: a literature review. *Int. J. Nurs. Stud.* 43 (2), 237–263.
- Hobfoll,S.(1989). Conservation of Resources. A new Attempt at Conceptualizing Stress. *American Psychology*
- Hobfoll, S. E. (1998). *Stress, culture, and community*. New York: Plenum Press.
- Holmas, T.H., (2002). Keeping nurses at work: a duration analysis. *Health Econ.* 11 (6), 493–503.
- Holtom, B. C., Mitchell, T. R., Lee, T. W., & Eberly, M. B. (2008). Turnover and Retention Research: A Glance at the Past, a Closer Review of the Present, and a Venture into the Future, *The Academy of Management Annals*, 2:1, 231-274
- Jacob, M. (2008). Unemployment benefits and parental resources: what helps the young unemployed with labour market integration? *Journal of Youth Studies*, 11(2), 147-163. doi: 10.1080/13676260701863413

- Kahn, R.L., Wolfe, D.M., Quinn, R.P., Snoek, J.D., & Rosenthal, R.A. (1964). *Organizational stress: Studies in role conflict and ambiguity*. New York: John Wiley.
- Klabunde, C. N., Willis, G.B., McLeod, C.C, Dillman,D.A., Johnson, T.P., Greene, S.M., Brown, M.L. (2012). Improving the Quality of Surveys of Physicians and Medical Groups: A Research Agenda. *Evaluation & the Health Professions*, 35(4), 477-506. doi: 10.1177/0163278712458283.
- Latour, E.B., (2003). Labour market in the NHS : an agenda for research, *Health Economics*, 12, 797-801.
- Maslow, A. (1968). *Toward o psychology of Being*. New York: D. Van Norstrand Co.
- Mathieu, C. (2008) Le conflit travail-famille des médecins du Québec : élaboration et validation d'un instrument de mesure. Université de Sherbrooke, Mémoire de maîtrise, 86 pages.
- Mathieu, C. A., Biron, C., Mathieu, C. (2013). Application of the Job Demands-Resources Model to Family Physicians and their Intent to leave: Proposal of a New Model. *European Journal of Business Research*, 13 (1), 37-60.
- McLeod, C., Klabunde, C.N, Willis, G.B., Stark, D. (2013). Health Care Provider Surveys
- Mitchell, T.R., Holtom,B.C.; Lee, T.W., Sablinski, C.J. and Erez, M. (2001) “The unfolding model of voluntary turnover and job embeddedness: Foundations for a comprehensive theory of attachment”, In *Research in Organisational Behavior* (23) B.M. Staw, (ed.) JAI press, Greenwich, CT, pp. 189-246.
- Mobley, W. (1977) “Intermediate linkages in the relationship between job satisfaction and employee turnover”, *Journal of Applied Psychology*, 67 (1) , pp.53-9
- Molinié, A-F. (2005). Se sentir capable de rester dans son emploi jusqu'à la retraite ? *Pistes*, 7(1).
- Moore, J.E. (2000), “Why is this Happening? A causal attribution approach to work exhaustion consequences”, *Academy of Management Review*, 2000, Vol 25, No.2, 335-349.
- Netemeyer, R.G., Boles, J.S., & Mcmurrian, R. (1996). Development and validation of work-family conflict and family-work conflict and effective experiences. *Journal of Applied Psychology*, 81, 400-410.
- Price, J.L., (2001). Reflections on the determinants of voluntary turnover. *Int. J. Manpow.*

22 (7), 600–624.

- Radhakrishna, R., Doamekpor, P. (2008). Strategies for generalizing findings in survey research. *Journal of Extension On-Line*, 46(2), 2TOT1.
- Randhawa, G. “Work Performance and its Correlates: an Empirical Study”, *Vision*, Vol.11, No 1, Jan-Mar 2007.
- Rousseau, D.M. (1995), *Psychological Contracts in Organizations: Understanding Written and Unwritten Agreements*, Sage, London.
- Salsberg E, Grover A. (2006). Physician workforce shortages: implications and issues for academic health centers and policymakers. *Academic Medicine*, 81(9),782–7.
- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25, 293–315.
- Simon, M., Kummerling, M., & Hasselhorn, H.M. (2004). Work-home conflict in the European nursing profession. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 10, 384-391.
- Slichter, S. H. (1919). *The turnover of factory labor*. New York, NY: Appelon & Co..
- Sondage national des médecins du Canada, (2004-2010) Canada, <http://nationalphysiciansurvey.ca>
- Statistics about Physicians, (2004). Finnish Medical Association (online at <http://www.laakariliitto.fi/files/laakarikysely2004.pdf>).
- Sudman, S., & Blair, E. (1999). Sampling in the twenty-first century. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 27, 269–277. doi:10.1177/0092070399272010
- Thommasen, H. V., Lavanchy, M., Connelly, I., Berkowitz, J., Grzybowski, S. (2001). Mental health, job satisfaction, and intention to relocate - Opinions of physicians in rural British Columbia. *Canadian Family Physician*, 47, p.737-744.