



HAL
open science

Le management en santé au service de la qualité de vie au travail des professionnels

Héloïse Haliday

► **To cite this version:**

Héloïse Haliday. Le management en santé au service de la qualité de vie au travail des professionnels. *Éthique & Santé*, 2018, 15 (2), pp.118 - 124. 10.1016/j.etiqe.2018.03.003 . hal-03559265

HAL Id: hal-03559265

<https://hal.science/hal-03559265v1>

Submitted on 8 Apr 2022

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

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

Le management en santé au service de la qualité de vie au travail des professionnels

Héloïse Haliday¹

RESUME

Cet article est extrait d'un document de travail rédigé pour la commission « Qualité de vie au travail » de la Fédération Hospitalière de France. Le corpus total (202 articles) a été obtenu par recherches booléennes multiples faites sur plusieurs moteurs de recherche scientifiques (Google scholar, Emerald Insight, Cairn.info, PubMed et ScienceDirect). Nous dressons tout d'abord un constat des difficultés actuelles des systèmes de santé français et plus globalement occidentaux en matière de ressources humaines – dépression, anxiété, burnout, absentéisme et turnover des soignants - qui poussent aujourd'hui les chercheurs de multiples disciplines à s'intéresser à la question de la qualité de vie au travail (QVT) des professionnels de soins. Prenant l'exemple de la France, nous soulignerons les conséquences psychiques individuelles et collectives des réformes du monde hospitalier sur la QVT des professionnels des établissements de santé, en postulant que celles-ci sont génératrices d'impératifs parfois paradoxaux qui risquent d'ôter aux professionnels de soins autonomie et sens du travail. Nous postulons que celles-ci sont génératrices d'impératifs parfois paradoxaux qui risquent d'ôter aux professionnels de soins autonomie et sens du travail, engendrant des sentiments de privation et de frustration, voire une certaine souffrance éthique. Nous dégagerons ensuite trois modèles alternatifs de management en santé issus de la littérature internationale que sont la démarche participative, l'éthique du *care* et le leadership transformationnel, et éclairerons comment ces trois modèles peuvent répondre aux besoins des professionnels de santé en termes de qualité de vie au travail. Après avoir mentionné les limites des études considérées, nous concluons sur un élément clé des réformes en santé : l'inclusion des professionnels concernés, et notamment des échelons managériaux, dans les démarches de changement.

Mots-clés : qualité de vie au travail ; management ; hôpital ; éthique ; care.

SUMMARY

This article is excerpted from a literature review written for the “Quality of working life” (QWL) commission of the French Hospitals Federation. It is based on a corpus composed of 202 articles gathered by using Boolean research terms on several scientific search engines (Google scholar, Emerald Insight, Cairn.info, PubMed and ScienceDirect). Starting with an overview of the difficulties the French healthcare system is currently facing, we first introduce the reasons why researchers from around the world have been studying healthcare professionals' QWL and highlight the individual and collective psychic outcomes of the recent reforms of the French healthcare system on professionals working in public hospitals. We will postulate that professionals might feel deprived of the autonomy and meaning of

¹ Doctorante contractuelle, Centre de recherches en psychanalyse, médecine et société (CRPMS), université Paris-Diderot, 5, rue Thomas-Mann, 75013 Paris, France.

their jobs, thus generating feelings of frustration or ethical suffering. We then offer several leads concerning the type of management which is needed in healthcare organizations to help improve workers QWL. Considering the professionals need to feel empowered, we present three alternative models in healthcare management as seen in the international scientific literature : participative management, the ethics of caring and transformational leadership, as they seem to answer the professionals needs in terms of QWL. We finally conclude with an hypothesis based on our literature review : the key element of every reform process might be the inclusion and participation of all healthcare professionals and managers in the implementation of change, appealing for more bottom-up processes as well as more action research in the field of healthcare management.

Keywords : quality of working life ; management ; hospital ; ethics ; caring.

En France, la forte prévalence du stress, de l'anxiété et de la dépression chez les médecins français par rapport à la population générale - données qui se retrouvent à l'international -, les difficultés dans le recrutement des soignants, les multiples contraintes budgétaires et organisationnelles des hôpitaux ainsi que les récents cas de suicides de personnels hospitaliers ont conféré à la question de la qualité de vie au travail (QVT) à l'hôpital un caractère d'urgence, qui se fait l'écho d'une préoccupation internationale pour le sujet. L'approche classique par les risques psychosociaux (RPS) n'est toutefois pas suffisante pour faire face aux situations de crises et de remaniements que traversent les établissements de santé dans de nombreux pays européens, car elle ne considère que les capacités ou les difficultés d'adaptation de l'individu au système dans lequel il travaille. La logique de prévention et réparation des RPS s'est de plus en plus heurtée à une impasse (1) : en ne proposant que des actions destinées à soigner les symptômes du mal-être (2, 3), elle laissait de côté une approche systémique nécessairement plus critique vis-à-vis des organisations traditionnelles du travail.

A l'inverse, les réflexions sur la QVT sont précisément caractérisées par ce point de vue systémique et par l'impératif de transformation des organisations afin de répondre au contexte changeant du monde de la santé avec des modèles adaptés et innovants (4, 5) : les travaux préconisent donc avant tout la préservation des ressources humaines en appelant les

organisations de santé à assumer leur responsabilité sociale (6). L'approche QVT part en effet du principe que ce ne sont pas nécessairement les individus qui sont malades, mais l'organisation et le travail eux-mêmes (7). Le seul traitement des symptômes visibles des professionnels - mal-être psychologique, absentéisme, suicide... -, ne suffit donc pas : ce sont directement les organisations qu'il s'agit de soigner, et notamment la fonction de management et d'encadrement qui se trouve au carrefour de l'administration et du soin.

I. Méthodologie de recherche

Pour réaliser la revue de littérature dont cet article est extrait, les bases de données suivantes ont été interrogées : Google scholar, Emerald Insight, Cairn.info, PubMed, ScienceDirect ainsi que la plate-forme ResearchGate, dédiée à la communauté universitaire.

Les mots-clés suivants ont été utilisés dans des recherches booléennes : agile/agilité, cadres, démarche participative, directeurs, healthcare, hôpital/hospital, infirmiers, lean, médecins, performance, performance économique/economic performance, quality of work life/quality of working life/QWoL/QWL/qualité de vie au travail/QVT, risques psychosociaux/RPS, santé, system dynamics, teams, teamwork.

Les sites de la Haute Autorité de Santé et de l'Inspection Générale des Affaires Sociales ont aussi été consultés afin d'y trouver des rapports, ainsi que les travaux du Centre d'Analyse Stratégique.

II. Résultats : des réformes non sans conséquences pour les professionnels de santé

Dans les années 2000, les recherches sur les restructurations hospitalières françaises ont convergé autour d'un constat : dans les discours sur la productivité et l'efficience à

l'hôpital, les questions d'emploi, de travail et d'activité n'ont pas constitué un enjeu central. En effet, les débats qui ont accompagné les réformes hospitalières se sont beaucoup focalisés sur la qualité et la sécurité des soins, mais surtout sur la maîtrise des dépenses (8). Cette concentration sur la gestion économique est toujours d'actualité, puisque la maîtrise de la masse salariale et des coûts apparaît aujourd'hui comme la première préoccupation de 80% des directeurs d'hôpitaux français, qu'ils considèrent comme l'enjeu principal de la fonction RH (9). Plus encore, 92% de ces mêmes professionnels indiquent que ce sont les contraintes budgétaires et économiques qui les incitent en priorité à faire évoluer leurs pratiques.

La gestion des ressources humaines se voit souvent reprocher son seul point de vue quantitatif, en termes d'effectifs et non de compétences, basé sur l'hypothèse d'une relative interchangeabilité des soignants (10) perçus comme des facteurs de production des soins qu'il s'agit d'économiser (8). La mise sous tension des effectifs soignants résulte cependant aussi des vacances de postes non pourvus. Si la délégation des tâches, le transfert de compétences ou la formation permettent d'y remédier en réaffectant la main d'œuvre, la demande accrue de mobilité au sein des pôles et le manque de reconnaissance que les professionnels ressentent sont générateurs d'insatisfaction au travail et de perte de motivation, créant un environnement propice à l'absentéisme (10) et plus globalement favorable au développement des RPS (11). La disponibilité des ressources humaines et les compétences des travailleurs sont certes essentielles, mais pas suffisantes pour garantir la performance des organisations de santé : en réalité, l'efficacité des réformes est drastiquement dépendante de la motivation et de la satisfaction des professionnels au travail (12, 13).

Les études de l'impact des réformes sur les professionnels de santé mentionnent l'évocation fréquente par les agents des nouvelles contraintes pesant sur les établissements, qui sont considérées comme des facteurs de détérioration des conditions de travail (10).

Intensification des rythmes ou de la charge de travail, réaffectation des personnels en fonction des besoins, recherche de flexibilité dans la gestion de la main-d'œuvre, gestion plus serrée des plannings... Cet ensemble d'impératifs, parfois paradoxaux, demandant aux soignants de faire mieux avec moins (14) interroge la soutenabilité des réformes, qui semble précisément se heurter au problème de la qualité de vie au travail des soignants (8). A la question du caractère durable de l'organisation du travail vient aussi s'ajouter le problème des processus d'implémentation et de mise en œuvre des réformes dans le secteur public, qui ne font pas toujours sens pour les acteurs de terrain voire les inquiètent (8, 15, 10), d'autant plus qu'elles occasionnent une augmentation de la charge de travail managériale dans les pôles (16).

Dans un contexte où l'encadrement est considéré comme un maillon irremplaçable de la gestion des ressources humaines, beaucoup de managers en santé se retrouvent en difficulté du fait de leur position de pivot entre équipes et direction. Alors même qu'ils sont appelés à intervenir dans la prévention des RPS, ils y sont également eux-mêmes confrontés. Surinvestis et mis dans des positions d'intermédiaires entre tous les acteurs présents (17), ils n'osent en effet pas toujours parler de leurs difficultés (18, 19), et notamment de leur sentiment de manque d'autonomie face aux réformes. Si le manque d'études portant particulièrement sur les cadres rend difficile l'élaboration de solutions spécifiques pour ces professionnels, les recherches existantes amènent à postuler que certaines pratiques managériales peuvent s'avérer particulièrement pertinentes en santé pour garantir la qualité de vie au travail des équipes et des cadres.

III. Analyse : Le management comme outil d'amélioration de la qualité de vie au travail

III. 1. Un modèle *ad hoc* : la démarche participative

Une étude réalisée sur 47 services de cancérologie français montrait en 2014 que les principales difficultés perçues par les cadres de santé étaient précisément le manque de reconnaissance professionnelle (47,6 %) et de collaboration entre professionnels (47,6 %), mais également le manque de staffs pluriprofessionnels (43,2 %) et le manque de formation continue (42,2 %) (20).

Au milieu des nombreux modèles anglo-saxons plutôt portés sur la cognition collective - au risque de passer à côté des conflits professionnels -, le modèle français de la démarche participative, issu des soins palliatifs et élaboré au début des années quatre-vingt-dix, semble ainsi particulièrement porteur.

Le principe de départ de la démarche participative est de considérer l'absentéisme, le burnout et les erreurs médicales comme des symptômes d'une souffrance liée à l'intensité émotionnelle du travail (21). Partie d'une préoccupation plutôt axée sur les risques psychosociaux, cette démarche clinique visant à faire de l'environnement même du travail l'outil de traitement primordial de la souffrance a donné naissance à un modèle de management participatif d'équipe. Elle a été rendue obligatoire dans les services de soins palliatifs en 2008 (22), puis reconnue et utilisée dans d'autres spécialités traitant des pathologies chroniques, comme l'oncohématologie. Si la démarche participative et ses valeurs ont sans aucun doute inspiré les grands principes du Pacte de Confiance à l'hôpital (23), il est toutefois important de souligner que la place centrale des réunions pluriprofessionnelles non-hiérarchiques, du pouvoir de décision partagé et du soin porté à l'ambiance des services avait déjà été théorisée par de nombreux psychiatres français dès les années 60 sous le vocable de « psychothérapie institutionnelle » (24).

Les quatre piliers de la démarche participative, que sont les réunions (« staffs ») pluriprofessionnelles, la formation interne, le soutien aux équipes et la démarche projet (21), ont

l'avantage d'être conceptuellement accessibles et facilement opérationnalisables. Les valeurs d'équipe promues par la démarche participative - respect, reconnaissance, responsabilité, cohérence, communication, complémentarité, confiance, coordination, coopération, concordance, concertation et collaboration - sont par ailleurs proches tant du modèle des *Magnet Hospitals* (25) que des résultats des recherches anglo-saxonnes sur les leviers psychologiques de la performance des équipes (26).

Les styles de management traditionnels, plutôt directifs ou axés sur la persuasion, peuvent être sources de diminution de la qualité de vie au travail au travers du manque de communication transparente et de reconnaissance (27). Le style managérial promu par la démarche participative repose au contraire sur la création d'une ambiance permettant l'échange, une amélioration et une responsabilisation des acteurs : « directeur, conseil de direction, pôles, fédérations et départements, services, unités et équipes. Ce principe doit irriguer la conception des outils, la diffusion et le partage de l'information, afin de favoriser la transparence » (21, p. 66). La démarche participative est par essence délégative, puisqu'elle repose sur la confiance en une équipe intrinsèquement motivée qui respecte les règles et les objectifs fixés par un management conçu comme une fonction support pour des équipes auto-gérées (27).

III. 2. Une éthique spécifique : le *care*

Beaucoup d'études actuelles dans le monde du soin s'intéressent à l'« ambiance » des services, définie comme un paramètre organisationnel influençant l'efficacité du leadership (28, 29), ou comme un climat ou un environnement de travail propice au développement personnel des individus dans l'organisation (30, 31, 32, 33). Des chercheurs en sciences infirmières et en administration se retrouvent ainsi autour d'un paradigme organisationnel sur-mesure pour les établissements de santé : celui du *care*, conçu comme un modèle

institutionnel régissant non plus seulement les relations des soignants aux patients, mais aussi les relations des soignants entre eux (34, 35).

Nous reprenons ici le modèle de Miremont et Valax sur les quatre niveaux du *care* dans le management à l'hôpital : « Nous avons décrit quatre niveaux de manifestations du care au sein du management. Le premier niveau correspond à celui de la personne, avec un « care about » qui soit attentif à l'autre en tant qu'être singulier. Le deuxième niveau professionnel est un « care about » centré sur les compétences mais également les talents individuels dans une perspective de développement, d'épanouissement et de mise en synergie vers les objectifs à atteindre collectivement. Le troisième niveau est un prendre soin de l'intégration et de la socialisation de chacun au sein de l'équipe. Enfin le quatrième niveau vise l'attention toute particulière à permettre à chacun de s'impliquer, en regard de ses compétences et de ses talents personnels, dans les projets institutionnels à la recherche du juste et fort engagement de chacun » (35, p. 31).

Cette éthique managériale, définie comme une culture organisationnelle poussant les professionnels à prendre autant soin d'eux-mêmes et de leurs collègues que de leurs patients, améliorerait la QVT des soignants en contrecarrant les effets néfastes de l'intensification du travail. Le *care* offrirait également une alternative durable au Nouveau Management Public (36). Ce corpus théorico-pratique est ainsi plébiscité chez les professionnels de santé, qui voient en lui une façon de réintroduire de l'humain dans le soin et dans la gestion (37) et plus largement de redonner du sens à leur travail (38).

III. 3. Un aspect central de toute amélioration de la QVT : le leadership transformationnel

Les études menées sur le paradigme de la démarche participative ou le *care* mettent en avant son impact positif sur la QVT des soignants, leur satisfaction et leur engagement dans

le travail (21, 39). La littérature internationale montre plus précisément que ces effets bénéfiques de la participation des employés sur leur QVT et à terme leur performance individuelle et collective sont déterminés par l'exercice d'un leadership transformationnel. Ce type spécifique de leadership soutient en effet l'autonomie des soignants, accroît leur sentiment de justice organisationnelle et booste leur intelligence émotionnelle et leur sentiment d'efficacité personnelle (4, 40, 41, 42, 43).

L'attachement d'un individu à une organisation, la perception de son propre impact social et son niveau de stress au travail sont dépendants de la qualité des relations qu'il développe avec ses pairs (41), elle-même dépendante du style de leadership adopté dans le service ou dans l'équipe. Or toutes les études, qu'elles soient conduites dans un contexte soignant ou non, affirment une corrélation significative entre le leadership transformationnel, entendu comme un style de management responsabilisant les agents (43), et l'amélioration de la qualité de vie au travail (40). Ce type de leadership permettrait en effet de satisfaire les besoins psychologiques de base des professionnels : communiquer, pouvoir exercer une autonomie dans son domaine de compétences, se former, être reconnu et valorisé, être soutenu dans les moments difficiles) (44). En améliorant ainsi leur QVT, il renforce concomitamment leur attachement à l'organisation et augmente leur performance au travail (25).

Ce leadership peut être vu comme une forme de « lâcher-prise » managérial, par opposition à un contrôle plus directif et hiérarchisé (45). Loin de signifier l'absence de management, le style transformationnel place au contraire les encadrants dans un rôle de soutien au développement professionnel et personnel de leurs collaborateurs (46). L'intérêt d'un management en fonction de support et non de direction est d'induire une responsabilisation et un engagement au travail des soignants plus fort, notamment grâce à un

renforcement du sentiment de justice organisationnelle (25), comprise comme la façon dont ceux-ci se sentent traités par l'organisation (47). L'amélioration de ce sentiment individuel et collectif d'être équitablement traités passe par une participation effective de tous les professionnels à la prise de décisions (48, 35), afin d'éviter l'arbitraire (49, 50). La fonction de direction est ainsi partagée entre les professionnels (37, 24) et chacun peut avoir une influence sur le processus décisionnel grâce aux temps d'échange collectifs.

Le leadership transformationnel enclenche par ailleurs un cercle vertueux d'apprentissage continu par la pensée analytique et la remise en question des modèles mentaux de chacun (51) : les managers exerçant ce type de leadership ont donc un effet positif sur le bien-être de leurs employés en ce qu'ils renforcent leur sentiment d'exercer un travail qui a du sens (52).

Un certain consensus se dégage ainsi de la littérature : le leadership transformationnel permettrait de conforter le sentiment de justice organisationnelle et interactionnelle des professionnels. Gagnant en autonomie et en reconnaissance, ces mêmes professionnels s'engageraient de façon plus importante dans leur travail (53), avec un effet sur leur performance individuelle et collective, autrement dit sur la qualité des soins et donc sur la satisfaction des patients (48). Le management participatif peut cependant se heurter à des difficultés. Premièrement, certaines auteurs ont souligné que ce type de leadership n'est pas inconditionnellement efficace (53) : il fonctionne mieux avec des professionnels caractérisés par leur motivation de service au public. Deuxièmement, ce type de management ne peut s'appliquer qu'à des groupes finis et relativement restreints, au maximum de la taille d'un service (54, 21) : au niveau d'un établissement, cette démarche doit être soutenue par un projet GRH plus large. Troisièmement, la mise en place d'une démarche participative prend du temps, demande un esprit d'expérimentation et de l'énergie, notamment pour décoder et

analyser ce qui apparaît sous la forme de résistances au changement. Ces difficultés expliquent probablement que ce modèle, quoique facilement opérationnalisable, se soit encore peu développé au-delà des soins palliatifs ou des pathologies chroniques (15, 21).

IV. Discussion

Quelques réserves peuvent toutefois être émises quant au corpus étudié. Tout d'abord, la vaste majorité des références scientifiques citées, notamment lorsqu'elles sont anglo-saxonnes, repose sur l'étude de questionnaires et d'échelles auto-administrés. Outre les interrogations soulevées par les qualités variables de ces questionnaires et l'impossibilité d'homogénéiser leurs situations d'administration, une simple approche quantitative donnant lieu à une production statistique massive ne peut rendre que partiellement compte de la réalité complexe des situations hospitalières et de la variabilité des états mentaux des professionnels. Ces études ne sont par ailleurs pas exemptes de biais liés à la désirabilité sociale des réponses, ou encore à des problèmes de méthode commune, générant des variances statistiques en fonction des instruments de mesure utilisés plutôt que des phénomènes eux-mêmes.

Deuxièmement, si la mesure de la qualité de vie au travail peut reposer sur des données objectivables (taux d'absentéisme, de turnover ou d'erreurs médicales), une partie de son évaluation fait intervenir des critères éminemment subjectifs : ceux de la perception de soi et des autres. Or si plusieurs études ont utilisé des entretiens semi-directifs, très peu s'appuient sur une observation directe du travail dans les hôpitaux. Ce décalage pose la question de la concordance entre les discours et les pratiques, et appelle un renforcement des études de type recherche-action focalisées sur la réalité des prises en charge dans le champ de la santé (55).

Un dernier problème mérite d'être soulevé. Si les trois approches managériales et éthiques que nous avons présentées sont complémentaires en ce qu'elles tentent de redonner du pouvoir d'agir aux soignants, elles ont également en commun de reposer, implicitement, sur une certaine disponibilité psychique des professionnels encadrants. Du point de vue organisationnel mais aussi fantasmatique, le cadre de proximité est en effet à toutes les places (56, 57, 58) : garant de la stabilité du travail d'équipe malgré l'absentéisme et le *turnover*, il doit incarner une certaine forme de leadership positif mais aussi faire coïncider les logiques soignantes et administratives. Ce grand écart imposé peut rendre la communication et la compréhension difficile entre cadres et infirmiers, au risque d'aggraver, simultanément mais séparément, leurs sentiments d'épuisement professionnel. Si le principe de la démarche participative implique de situer le pouvoir décisionnel au niveau du collectif de soins, la charge affective liée à l'organisation quotidienne doit elle aussi être partagée et discutée pour ne pas reposer sur les seules épaules du cadre. La littérature scientifique est ainsi relativement unanime : la parole est un pilier du travail d'équipe et des espace-temps dédiés à l'expression de tous les professionnels sur leur travail mais aussi sur leurs ressentis doivent être garantis.

V. Conclusion : management et réformes, un problème de démarche ?

Si l'impact des réformes sur les organisations de santé est rarement directement mesuré en termes de hausse ou de baisse de la qualité de vie au travail des professionnels, force est de constater que leur introduction touche à la qualité de vie des professionnels de santé en fonction de multiples facteurs psychologiques à l'œuvre dans le travail d'encadrement. Lorsque l'implémentation est descendante et sans partage d'information ni concertation préalable, les études recensées relèvent toujours une baisse du sentiment d'autonomie au travail, un manque de reconnaissance, des reconfigurations du travail non-souhaitées menant à l'éclosion de conflits multiples, une défiance des professionnels vis-à-vis

des organisations du fait du manque de transparence et un évincement concomitant des échelons intermédiaires du management malgré leur importance capitale. La liste de ces implications souligne combien les répercussions des réformes sur la qualité de vie au travail dépendent de la démarche choisie par les directions pour mettre en œuvre dans leurs établissements les grands axes des politiques publiques en matière de santé. Cette relation indirecte entre les réformes et la QVT ouvre la voie à une hypothèse présente dans nombre d'études récentes sur le sujet : le succès de l'implémentation des réformes dépend de ce que leur mise en œuvre génère comme nouvelles situations cognitives et affectives chez les soignants, facteur qui dépend lui-même de leur association aux réformes en tant qu'acteurs-clés de leur réussite plutôt qu'en tant qu'objets des reconfigurations nécessaires du monde de la santé. Ce constat appelle des démarches de changement « *bottom-up* », prenant en compte le point de vue des professionnels et leur définition contextualisée de la QVT (30), sans préjuger de l'adéquation de leurs besoins avec ceux de l'organisation. Le fait que cette conclusion n'ait aujourd'hui rien d'original souligne que l'innovation dans le champ du management ne passe peut-être pas tant par des techniques nouvelles que par une application réelle, à tous les niveaux des organisations de santé, des constats et recommandations présents dans la littérature internationale.

Conflits d'intérêt : aucun.

Bibliographie

1. Vautier V. Santé psychologique et qualité de vie au travail. Mobiliser les ressources collectives. *Gestions hospitalières* [Internet]. 2017;1-7. Disponible sur: <http://gestions.hospitalieres.fr/sante?psychologique?qualite?de?vie?travail/>
2. Hannif Z, Cox A, Almeida S. The impact of ICT, workplace relationships and management styles on the quality of work life: insights from the call centre front line. *Labour Ind a J Soc Econ relations Work* [Internet]. 2014;24(1):69-83. Disponible sur: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10301763.2013.877120>

3. St-arnaud L, Gignac S, Gourdeau P, Pelletier M. Démarche d'intervention sur l'organisation du travail afin d'agir sur les problèmes de santé mentale au travail. *Pist Perspect Interdiscip sur le Trav la santé*. 2010;12(3):1-20.
4. Bodenheimer T, Sinsky C. From Triple to Quadruple Aim : Care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med*. 2014;12(6):573-6.
5. Anact, Aract. *Qualité de vie au travail : négocier le travail pour le transformer, enjeux et perspectives d'une innovation sociale*. 2016.
6. Gaillard I, de Terssac G, Sarfati F, Waser A-M. *Compétences organisationnelles et santé*. *Sociol Prat* [Internet]. 2013;26(1):19. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-sociologies-pratiques-2013-1-page-19.htm>
7. Kornig C, Levet P, Ghadi V. *Revue de littérature Qualité de vie au travail et qualité des soins*. 2016.
8. Gheorghiu MD, Moatty F. L'emploi et le travail hospitalier à l'épreuve des réformes. *Les pages du Centres d'Etudes l'Emploi* [Internet]. 2014;(109):1-4. Disponible sur: <http://www.cee-recherche.fr/publications/connaissance-de-lemploi/lemploi-et-le-travail-hospitaliers-lepreuve-des-reformes>
9. Fédération Hospitalière de France. *Baromètre FHF – Obea des enjeux RH*. Paris; 2016.
10. Bami L, Damart S, Kletz F. Réformes de l'hôpital, crise à l'hôpital : une étude des liens entre réformes hospitalières et absentéisme des personnels soignants. *Polit Manag public*. 2012;29(3):541-61.
11. Desailly-Chanson, M.-A., Siahmed, H., & Elshoud-Igaenr, S. (2016). *Risques psychosociaux des personnels médicaux : recommandations pour une meilleure prise en charge* (Rapport n°2016-083R). Paris. Récupéré à l'adresse : http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2016-083R_Tome_I-2.pdf
12. Manyazewal T, Matlakala MC. Beyond patient care : the impact of healthcare reform on job satisfaction in the Ethiopian public healthcare sector. *Hum Resour Health*. 2017;15(10):1-9.
13. PetitDitDariel O. L'empowerment structurel des hôpitaux « magnétiques » est-il concevable en France ? *Rev Francoph Int Rech Infirm*. 2015;1:197-204.
14. Amar A, Berthier L. *Le Nouveau Management Public : Avantages et Limites*. *Revue du RECEMAP*. 2007;0-13.
15. Moisdon J-C, Pepin M. Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé [Internet]. 2010. Report No.: 97. Disponible sur: <https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/13425/1/serieetud97.pdf>
16. Ouddasser A. L'encadrement hospitalier. Problèmes d'interface et difficultés de faire ensemble. *Gestions hospitalières* [Internet]. mai 2017;1-13. Disponible sur: <http://gestions?hospitalieres.fr/lencadrement?hospitalier/>
17. Codo S. Le stress professionnel dans le secteur public, Le cas des managers. *RIMHE Rev Interdiscip Manag Homme(s) Entrep* [Internet]. 2013;6(2):63. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-rimhe-2013-2-page-63.htm>
18. Codo S, Cintas C. Quand le stress envahit la fonction publique territoriale : une recherche empirique auprès des managers intermédiaires et des managers de proximité. *Polit Manag public* [Internet]. 2013;30(1). Disponible sur: <http://pmp.revues.org/6476>
19. Harlos KP, Axelrod LJ. Investigating hospital administrators' experience of workplace mistreatment. *Can J Behav Sci*. 2005;37(4):262-72.

20. Moret L, Anthoine E, Gillet N, Fouquereau E, Colombat P. Organisation du travail, démarche participative et satisfaction des patients hospitalisés : une évaluation dans 47 services d'oncohématologie. *Psycho-oncologie*. 2014;8:157-64.
21. Colombat P, Bauchetet C, Fouquereau E, Trager S, Gillet N, Kanitzer C. La démarche participative dans les soins. *Gest Hosp*. 2014;2(534):151-7.
22. Picard N. Demain, des soignants. *Le Monde*. 18 janv 2017;4-5.
23. Couty E, Scotton C. Le pacte de confiance pour l'hôpital. Synthèse des travaux [Internet]. Paris; 2013. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Pacte_de_confiance_-_rapport_de_synthese.pdf
24. Créte P. La fonction de direction au service de l'Etablissement et de l'Institution. *Institutions Rev psychothérapie institutionnelle*. 2015;(56):49-65.
25. Acker D, Legrand P. Management et efficience hospitalière : une évaluation des déterminants. Paris; 2012.
26. Salas E, Rosen MA, Burke CS, Goodwin GF. The Wisdom of Collectives in Organizations: An Update of the Teamwork Competencies. *Team effectiveness in complex organizations: Cross-disciplinary perspectives and approaches*. 2009. p. 39-79.
27. Colombat P, Altmeyer A, Rodrigues M, Barruel F, Blanchard P, Fouquereau E, et al. Management et souffrance des soignants en oncohématologie. *Psycho-oncologie*. 2011;5:83-91.
28. Shipton H, Armstrong C, West M, Dawson J. The impact of leadership and quality climate on hospital performance. *Int J Qual Heal Care*. 2008;20(6):439-45.
29. Askari R, Rafiei S, Montazerolfaraj R, Tafti AD, Torabi F. Quality of Working Life and Its Association with Organizational Performance : A Model Applied for Healthcare Workers. *Biotech Heal Sci*. 2016;(in press).
30. Dumas M, Douguet F, Fahmi Y. Le bon fonctionnement des services de soins : ce qui fait équipe ? *Rev Interdiscip Manag Homme Entrep*. 2016;1(20):45-67.
31. Huzzard T. The Convergence of the Quality of Working Life and Competitiveness. A current Swedish literature review. Stockholm: National institute for working life; 2003. 119 p.
32. Minvielle E, Sicotte C, Champagne F, Contandiopoulos A-P, Jeantet M, Préaubert N, et al. Hospital performance : Competing or shared values ? *Health Policy (New York)*. 2008;87:8-19.
33. Bodenheimer T, Sinsky C. From Triple to Quadruple Aim : Care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med*. 2014;12(6):573-6.
34. Brousseau S, Cara C, Blais R. Proposition d'une modélisation humaniste de la qualité de vie au travail inspirée de la théorie du caring de Watson. *Rev Francoph Int Rech Infirm* [Internet]. 2016;2(4):187-96. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2352802816300515>
35. Miremont M-C, Valax M. Vers un leadership partagé à l'hôpital pour une GRH plus éthique. @GRH [Internet]. 2015;2(15):15-35. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-@grh-2015-2-page-15.htm>
36. Browning HW, Torain DJ, Patterson TE. A Six-Part Model for Adapting and Thriving During a Time of Transformative Change. *Cent Creat Leadersh* [Internet]. 2011;1-20. Disponible sur: <http://www.ccl.org/leadership/pdf/research/CollaborativeHealthcareLeadership.pdf>
37. Laroche F. La performance hospitalière à l'épreuve du « care ». *Gestions hospitalières* [Internet]. mai 2017;1-6. Disponible sur: <http://gestions?hospitalieres.fr/performance?hospitaliere?a?lepreuve?care/>
38. Svandra P. Le soin sous tension ? *Rech en soins Infirm*. 2011;4(107):23-37.

39. Lejeune J, Chevalier S, Coillot H, Gillet N, Michon J, Dupont S, et al. Déterminants managériaux et organisationnels , santé psychologique au travail des soignants et qualité de prise en charge des enfants en oncologie pédiatrique. *Rev d'Oncologie Hématologie Pédiatrique* [Internet]. 2017;5(2):84-93. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1016/j.oncohp.2017.04.004>
40. Kara D, Uysal M, Sirgy MJ, Lee G. The effects of leadership style on employee well-being in hospitality. *Int J Hosp Manag* [Internet]. 2013;34(1):9-18. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijhm.2013.02.001>
41. Nielsen K, Yarker J, Randall R, Munir F. The mediating effects of team and self-efficacy on the relationship between transformational leadership, and job satisfaction and psychological well-being in healthcare professionals: A cross-sectional questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*. 2009;46(9):1236-44.
42. Syafii LI, Thoyib A, Nimran U, Djumahir. The Role of Corporate Culture and Employee Motivation as a Mediating Variable of Leadership Style Related with the Employee Performance (Studies in Perum Perhutani). *Procedia - Soc Behav Sci*. 2015;211:1142-7.
43. Hornung S, Glaser J, Rousseau DM, Angerer P, Weigl M. Employee-oriented leadership and quality of working life: mediating roles of idiosyncratic deals. *Psychol Rep*. 2011;108(1):59-74.
44. Benhamou S, Diaye M-A. Responsabilité sociale des entreprises et compétitivité. Paris: France Stratégie; 2016. p. 150.
45. Iles V, Sutherland K. Organisational change. A review for healthcare managers, professionnels and researchers [Internet]. 2001. Disponible sur: <http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/adhoc/change-management-review.pdf>
46. Anact, Aract. Qualité de vie au travail : négocier le travail pour le transformer, enjeux et perspectives d'une innovation sociale. 2016.
47. Gillet N, Fouquereau E, Bonnaud-Antignac A, Mokoukolo R, Colombat P. The mediating role of organizational justice in the relationship between transformational leadership and nurses' quality of work life : A cross-sectional questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*. 2013;50:1359-67.
48. Manser T. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: A review of the literature. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2009;53(2):143-51.
49. Gaillard I, de Terssac G, Sarfati F, Waser A-M. Compétences organisationnelles et santé. *Sociol Prat* [Internet]. 2013;26(1):19. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-sociologies-pratiques-2013-1-page-19.htm>
50. Idris F, Suhaimi M, Ahmad B. The impacts of team management on customer focus : The mediating role of operation flexibility. In: Blacker T, Kersten W, Rignel C., éditeurs. *Innovative methods in logistics and supply chain management Current issues and emerging practices*. Hamburg; 2014. p. 433-55.
51. Caillier JG. The impact of high-quality workplace relationships in public organizations. *Public Adm* [Internet]. 2017;(0):1-16. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1111/padm.12328>
52. Kanten S, Sadullah O. An Empirical Research on Relationship Quality of Work Life and Work Engagement. *Procedia - Soc Behav Sci* [Internet]. 2012;62:360-6. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042812034982>
53. Bellé N. Leading to Make a Difference : A Field Experiment on the Performance Effects of Transformational Leadership, Perceived Social Impact, and Public Service Motivation. *J public Adm Res theory*. 2013;24:109-36.

54. Combalbert L. L'agilité des organisations dans la gestion des crises. Le facteur humain et la formation des hommes au coeur du système. *Sécurité Strat.* 2012;10(3):42-8.
55. IGAS. *L'hôpital*. Paris: La documentation française; 2013. 298 p.
56. Franchistéguy-Couloume I. Au cœur de la complexité des organisations de santé : le cadre de santé, pivot de l'organisation. *Projectics / Proyética / Projectique.* 2015;n°13(1):37-50.
57. Antoine J. La fonction cadre aujourd'hui, ou l'engagement au risque de se perdre. *Empan* [Internet]. 2013;1(89):48-54. Available from: <http://www.cairn.info/revue-empan-2013-1-page-48.htm>
58. Dumas M, Ruiller C. "Être cadre de santé de proximité à l'hôpital", quels rôles à tenir? *Rev Gest des ressources Hum* [Internet]. 2013;87(1):42. Available from: <http://www.cairn.info/revue-de-gestion-des-ressources-humaines-2013-1-page-42.htm>