



HAL
open science

Innovation managériale à l'hôpital public : une lecture à partir de l'empowerment infirmier

Corinne Rochette, Murrin Ceccato

► To cite this version:

Corinne Rochette, Murrin Ceccato. Innovation managériale à l'hôpital public : une lecture à partir de l'empowerment infirmier. *Question(s) de Management*, 2022, Le management public en question, 39, pp.107-120. 10.3917/qdm.219.0107 . hal-03739616

HAL Id: hal-03739616

<https://hal.science/hal-03739616v1>

Submitted on 27 Jul 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.

**Innovation managériale à l'hôpital public : une lecture à partir de l'*empowerment*
infirmier.**

Managerial innovation in public hospitals: a nursing empowerment perspective.

Auteurs :

Corinne ROCHETTE Professeure des Universités, Université Clermont Auvergne,
Laboratoire Clermont Recherche Management -CleRMa

corinne.rochette@uca.fr

Murrim CECCATO, Professeure affiliée, Ecole Supérieure de Commerce de Clermont
Ferrand, Laboratoire Clermont Recherche Management.

murrim.ceccato@ext.esc-clermont.fr

Innovation managériale à l'hôpital public : une lecture à partir de l'*empowerment* infirmier.

Managerial innovation in public hospitals: a nursing empowerment perspective.

Résumé : L'innovation organisationnelle dans le secteur de la santé était jusqu'alors le résultat de démarches *top down* impulsées par les autorités de tutelle et concerne essentiellement un niveau méso. Dans un contexte où l'hôpital connaît de fortes tensions sur les ressources, en particulier humaines, la capacité des personnels, en particulier infirmier, à produire une innovation managériale constitue une promesse et une voie encore peu explorée de transformation des pratiques dans ces structures complexes. Celle-ci exige un *empowerment* de ces personnels longtemps relégués au rang de simples exécutants. A travers l'analyse du discours de 19 personnels hospitaliers (10 infirmiers et 9 managers issus de la filière infirmière) exerçant leurs fonctions dans trois hôpitaux, nous identifions des marqueurs d'innovations organisationnelles locales et un leadership infirmier qui reste à construire faute d'un *empowerment* suffisant.

Mots clés : Innovation managériale, *empowerment* structurel, hôpitaux magnétiques, leadership infirmier

Abstract : Organisational innovation in the health sector has until now been the result of top-down approaches driven by the supervisory authorities and has mainly concerned the meso level. In a context where hospitals are under severe pressure on resources, particularly human resources, the ability of staff, particularly nurses, to produce managerial innovation is a promise and a little-explored avenue for transforming practices in these complex structures. This requires the empowerment of these staff members, who have long been relegated to the rank of simple executors. Through the analysis of the discourse of 19 hospital staff (10 nurses and 9 managers from the nursing sector) working in three French hospitals, we identify some markers of local organisational innovations and a nursing leadership that has yet to be built due to a lack of empowerment.

Key words: Managerial innovation, structural empowerment, magnet hospitals, nurse leadership

Innovation managériale à l'hôpital public : une lecture à partir de l'*empowerment* infirmier.

Introduction

La crise sanitaire, en mettant à rude épreuve nos organisations de santé, particulièrement les hôpitaux, n'a fait qu'amplifier un malaise palpable depuis de nombreuses années marqué par la désaffection des personnels infirmiers¹ pour l'hôpital (Poil Burtin et Bachelard, 2021). A l'automne 2021, le ministre de la Santé annonçait le chiffre de 1300 infirmiers démissionnaires sur les derniers mois avec pour la plupart un changement de trajectoire de vie². La pénurie des personnels infirmiers est une situation préoccupante. Attirer et retenir les personnels infirmiers dans les hôpitaux constitue un réel enjeu managérial car ce personnel constitue au même titre que le personnel médical les seules véritables ressources de notre système de santé. Dans ce contexte, le management public hospitalier doit parvenir à concilier les transformations des pratiques (réduction du nombre de lits, réduction des durées de séjour, développement des prises en charge ambulatoires, pilotage par indicateurs de performance, évolution des activités infirmières vers des fonctions de coordination, etc.) tout en portant une attention particulière à ces personnels sursollicités (Mériade et al., 2018), et en leur permettant de prendre un nouvel espace professionnel. L'innovation managériale (IM) constitue un levier pour y parvenir (Nobre, 2013). Cependant, l'organisation hospitalière a largement enfermé les personnels infirmiers dans une posture d'exécutants opérationnels (démarche *top down* d'activités prescrites) leur offrant pas ou très peu la possibilité de peser sur l'évolution des pratiques et des formes organisationnelles.

L'OMS³ recommande trois grandes actions dont le renforcement du leadership *des personnels infirmiers* afin « *qu'ils jouent un rôle influent dans...la prise de décisions et contribuent à l'efficacité des systèmes de soins de santé et de prise en charge sociale.* » (OMS, 2020, p 3). C'est une incitation à explorer le rôle des infirmiers dans les innovations organisationnelles à l'hôpital comme le préconisait, dès les années 1980, McClure et al., (1983) à travers la notion d'hôpital magnétique (HM). Ces auteurs font la promotion d'une culture organisationnelle

¹ En France l'âge moyen des infirmiers est de 45,7 ans, 64% exercent l'hôpital et 86,6% sont des femmes selon le Répertoire ADELI- Drees, données au 1^{er} janvier 2021

² Selon le président du Conseil scientifique, 20% des lits étaient fermés dans les hôpitaux publics en France faute de personnels soignants.

³ Rapport de l'OMS sur « *la situation du personnel infirmier dans le monde* » publié en 2020.

largement fondée sur l'*empowerment* des personnels infirmiers et leur contribution à l'innovation organisationnelle. Une voie d'autant plus intéressante que l'approche descendante jusque-là largement dominante n'a pas eu les effets escomptés (Mintzberg, 2017) sur l'IM à l'hôpital. Si cette dernière (Ferlie et al. 2005) présente des intérêt évidents, elle est largement associée à des difficultés de diffusion des IM dans ces milieux multi professionnels (Zaghmouri, 2019). Par ailleurs, elle délaisse l'approche *bottom up* qui pourrait permettre d'identifier les marqueurs d'une IM peu visible, produite sur le terrain et ancrée dans l'évolution des activités infirmières (Robert et al. 2017), l'innovation en train de se faire (peut-être d'émerger). De ces constats, nous formulons la question de recherche suivante : peut-on repérer dans les activités et pratiques infirmières à l'hôpital des évolutions qui illustreraient les marqueurs d'IM en train de se faire et finalement d'un *empowerment* infirmier ? Pour traiter cette question, nous présenterons d'abord l'armature théorique dans laquelle s'inscrit notre travail, celle de l'IM et l'*empowerment* infirmier puis dégagerons des propositions de recherche (1.). Nous présenterons ensuite la méthodologie mobilisée (2.) et les principaux résultats (3.) avant de les discuter et conclure (4.)

I. L'innovation managériale à l'hôpital et la valorisation des fonctions infirmières

Dans l'univers de la santé, l'innovation est traditionnellement associée aux nouvelles thérapies ou prises en charge des patients. Aussi, l'IM en santé constitue en France un champ de recherche relativement nouveau. Force est de constater, que les changements organisationnels de ces dernières années restent largement le fait d'injonctions institutionnelles plutôt que le fruit d'expérimentations locales mises en place à l'initiative des établissements et de leurs personnels (Damart, 2013).

1.1. Le périmètre de l'innovation managériale

Ces 10 dernières années sont marquées par un intérêt grandissant (chercheurs, praticiens et politiques) pour les innovations organisationnelles dans le secteur de la santé (Durand et Minvielle, 2016). Elles prennent généralement la forme de nouveaux dispositifs organisationnels collaboratifs et/ou contractuels⁴ mais les transformations des pratiques des personnels en particulier soignants restent largement un impensé des travaux sur l'IM en santé. Les Innovations Organisationnelles définies comme une innovation de procédés, non technologiques englobant les nouvelles pratiques managériales, les nouvelles stratégies,

⁴ Quelques exemples de dispositifs : plateformes territoriales d'appui, groupements hospitaliers de territoires, les communautés professionnelles territoriales de santé.

procédures, politiques et structures organisationnelles (Dubouloz, 2013) sont généralement portées par les autorités de tutelles. Même si l'article 51⁵ a encouragé les initiatives d'acteurs, celles-ci restent trop peu le fait de soignants.

S'opposant aux innovations technologiques, les IM relèvent de la sphère sociale de l'organisation (Birkinshaw et al. 2008). Les différentes expressions rencontrées (innovation organisationnelle, innovation administrative, innovation managériale) recouvrent une même notion, dont la terminologique varie selon les époques (Adam-Ledunois et Damart, 2017). Pour Van de Ven (1986, p. 591), l'IM est « *une idée nouvelle qui peut être soit une combinaison d'idées anciennes, soit un schéma qui modifie l'ordre présent, soit une formule ou une approche unique perçue comme nouvelle par les individus concernés* ». Pour Birkinshaw et Mol (2006), il convient de distinguer l'idée managériale de l'IM. L'idée managériale relève de la rhétorique (Abrahamson, 1996). Elle ne donne pas nécessairement lieu à une transformation des pratiques, des processus et des structures et ne débouche pas sur un modèle managérial à la différence de l'IM. L'idée nouvelle doit être considérée au regard de l'état de l'art de la gestion au moment où elle apparaît, des moyens matériels et conceptuels et de la perception que l'individu où l'organisation en a (Rogers, 2010). Birkinshaw et al. (2008) proposent 4 critères pour qualifier une pratique managériale d'innovation : la modification concrète des façons de faire (1), une avancée significative de l'état de la connaissance à un moment donné (2), une mise en œuvre et un déploiement opérationnels (3), la réalisation des objectifs fixés par l'organisation (4).

Avec le même objectif, Le Roy et al. (2013) proposent une définition de l'IM autour de deux acceptions : « *l'invention et l'adoption par une organisation d'une pratique ou d'une méthode de management complètement nouvelle par rapport aux pratiques et méthodes de management connues* » et « *l'adoption par une organisation d'une pratique ou d'une méthode de management qui existe déjà mais qui est nouvelle par rapport à ses pratiques et méthodes de management actuelles* ». C'est dans cette perspective que Adam-Ledunois et Damart (2017) élaborent une grille d'analyse des IM fondée à la fois sur les approches contextuelles et conceptuelles largement issues des travaux de Birkinshaw et Mol (2006) et Birkinshaw et al. (2008). Adam-Ledunois et Damart (2017) identifient trois zones de singularité : 1° la singularité conceptuelle (les pratiques ne sont pas encore étiquetées dans le monde académique), 2° la singularité contextuelle externe (l'innovation catégorielle renvoyant à des

5 L'article 51 introduit en 2018 par la loi de financement de la sécurité sociale.

objets de management singuliers par rapport à ceux des autres organisations de la catégorie) ou interne (les objets de management étudiés présentent une singularité en termes de trajectoire organisationnelle par rapport à celle de la catégorie), 3° la singularité radicale conjugue les ruptures conceptuelles et contextuelles.

Selon eux, un objet (organisation, pratiques, processus, techniques) constitue une IM s'il présente une rupture par rapport au contexte d'usage (1) et à l'état des connaissances (2). Tel pourrait être le cas de certaines pratiques impulsées par les soignants.

1.2. Contribution des personnels infirmiers, la question de l'*empowerment*

Pour McClure et al. (1983) l'attention portée au personnel soignant constitue une valeur organisationnelle au même titre que celle portée au patient. Elle est un déterminant majeur du comportement organisationnel et une base nécessaire pour transformer le système de santé en permettant à ces personnels de s'emparer d'une autonomie pour exprimer leur créativité et capacité à prendre part à l'IM. Sur ces bases que les auteurs développent la notion d'hôpital magnétique (HM) (voir figure 1). Celle-ci recouvre un ensemble de conditions organisationnelles destinées à faire face efficacement à la pénurie de main d'œuvre infirmière et à utiliser l'expertise infirmière pour accroître la performance organisationnelle (qualité de soins délivrés aux patients, fluidité, meilleur usage des ressources, innovation). Pour certains, cette approche pourrait permettre de réinventer le secteur de la santé (Vaillant, 2020 ; Sibé, 2014). Elle constituerait une manière de repenser l'organisation en créant les conditions pour attirer et retenir le personnel soignant (Boamah et Laschinger, 2015) en offrant un cadre organisationnel repensé (Boyle, 2004 ; Sibé et Alis, 2016). L'HM s'appuie sur 4 axes : l'*empowerment* structurel, des pratiques professionnelles exemplaires, de nouvelles connaissances, innovations et le leadership transformationnel, le tout devant conduire à des résultats empiriques concluants. Force est de constater les proximités et complémentarités entre l'IM et l'HM comme une nouvelle approche du management hospitalier. Celle-ci est développée dans les hôpitaux en Amérique du nord où elle donne lieu à labellisation, mais n'a pas encore suscité d'intérêt particulier en France (Petit Dit Dariel, 2015 ; Vaillant, 2020).

L'*empowerment* des personnels infirmiers constitue un marqueur fort de l'HM. Il repose sur l'autonomisation du travail, la participation à la gouvernance, l'acquisition de nouvelles connaissances, le développement de relations de partenariat entre médecins et infirmiers et un soutien au service de la sécurité des patients (Armstrong et al. 2009). Il va de pair avec la création d'un environnement de travail propice à l'épanouissement. Pour Kanter (1977), le

pouvoir dans les organisations provient des conditions structurelles. Il n'est pas une manifestation de la personnalité des individus (Adhikari et Thakali, 2019). Il s'acquiert à travers des sources formelles (définition et périmètre du travail) et informelles (présence et nombre de connexions internes avec les pairs, les subordonnées, les supérieurs mais aussi avec des parties prenantes externes). Ainsi, les structures de l'environnement de travail (accès aux ressources telles que l'information, l'expertise, opportunités de participer aux instances de décisions, soutien et accompagnement, *etc.*) conduisent au développement du pouvoir et permettent une autonomie d'action des personnels infirmiers et l'expression d'une certaine créativité⁶.

En France, certaines initiatives⁷ posent les bases institutionnelles d'un *empowerment* infirmier qui pourrait soutenir le développement et l'affirmation d'un véritable leadership transformationnel infirmier, aujourd'hui principalement porté par les directeurs des soins et les cadres de santé. Le caractère transformationnel du leadership infirmier (Upenieks, 2003) constitue une manifestation de l'*empowerment* structurel.

Des travaux sur le leadership infirmier explorent la manière dont celui-ci émerge dans nos organisations et se manifeste (Morrison et al. 1997). La majorité met en évidence le lien entre le leadership relationnel et la satisfaction au travail des infirmiers (McCay et al. 2018). L'infirmier leader est celui qui parvient à faire évoluer l'organisation en imposant ou faisant accepter une certaine vision de la prise en charge des patients. Il prend part à l'orientation des actions et l'innovation (Myrick et Pepin, 2016). Il se distingue de l'infirmier gestionnaire qui lui gère l'instant et les ressources disponibles. Cette distinction renvoie aux 2 types de leadership identifiés par Bass (1985) : le leadership transactionnel et le leadership transformationnel⁸. Les travaux ont validé le lien entre le leadership transformationnel et la performance ainsi que la satisfaction des employés (Bass et Riggio 2006 ; Lowe et al. 2013). On retrouve dans la revue de la littérature de Adhikari et Thakali (2019) sur l'HM les marques du leadership infirmier : gouvernance partagée, ressources accessibles, pratiques

⁶ Pour une présentation détaillée voir Adhikari et Thakali, (2019)

⁷ Le développement récent du métier d'infirmier en pratiques avancées, la reconnaissance du doctorat en sciences infirmières avec la création d'une section sciences infirmières au conseil national des universités à l'automne 2019.

⁸ L'un s'enracine dans les transactions (relations) quotidiennes entre le leader et les employés sous sa responsabilité. Il est proche de la figure du gestionnaire et consiste à reconnaître, récompenser le travail réalisé et intervenir lorsque les salariés sortent du cadre d'action défini (Howell et Avolio, 1993). Il marque un *empowerment* limité des personnels et une posture de censeur du supérieur. L'autre type, le leadership transformationnel, consiste à motiver les membres des équipes pour qu'ils dépassent les attentes et leurs propres intérêts. Ce leader est vu comme un agent du changement tourné vers des objectifs à long terme. Il donne du sens aux grandes orientations et apporte un soutien aux équipes (Bass, 1985)

collaboratives, autonomie, (Armstrong et al. 2009), orientation forte vers la meilleure prise en charge possible du patient (Kramer et Schmalenberg, 1988).

II. ÉLÉMENTS MÉTHODOLOGIQUES

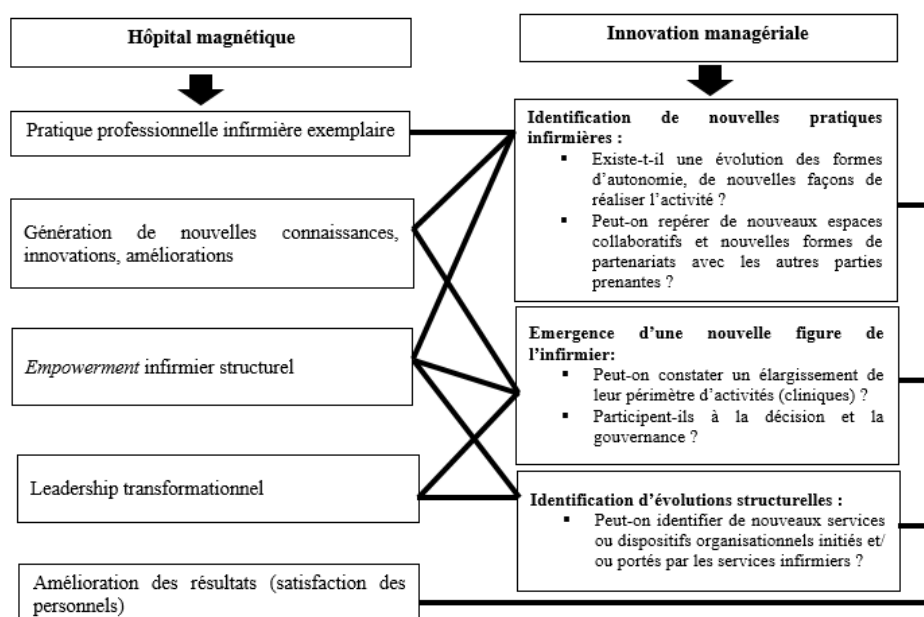
L'objectif de cette recherche est de se pencher sur ceux qui au quotidien mettent en acte le service public de santé dans leurs pratiques de soignants. Il s'agit d'explorer dans une approche *bottom up* la contribution des infirmiers à l'innovation organisationnelle qui jusqu'alors a été essentiellement abordée dans une approche *top down*. Pour ce faire nous combinons 2 grilles d'analyse : celle des composantes et caractéristiques des HM (figure 1) à laquelle est intégrée le leadership infirmier avec celle des IM. Nous formulons 5 propositions de recherche.

- P1 : Les activités infirmières s'appuient de plus en plus sur de nouvelles connaissances (cliniques, managériales, etc.) qui transforment leurs pratiques.
- P2 : Il existe une évolution des pratiques infirmières vers plus d'autonomie. Celle-ci résulte d'un souhait individuel (P2a) et/ou est encouragée et soutenue par l'organisation (supérieurs) (P2b).
- P3 : Les personnels infirmiers se sentent écoutés (P3a), sont impliqués dans de nouvelles formes de collaboration (P3b).
- P4 : Les personnels infirmiers portent des projets novateurs ou des dossiers auxquels ils ne prenaient pas part jusque-là (P4a) et contribuent à l'émergence de nouveaux dispositifs de prise en charge au service des patients (P4b).
- P5 : Les personnels infirmiers sont satisfaits de leur rôle dans l'organisation.

Nous adoptons une posture interprétativiste et une démarche exploratoire comme préconisé dans le cadre des recherches sur l'IM (Adam-Ledunois et Damart, 2017). La figure 1 reprend les éléments clés du modèle de recherche.

Figure 1 : Éléments clés du modèle de recherche.⁹

⁹ Les segments schématisent les liens entre les marqueurs de l'innovation managériale et de l'hôpital magnétique issus de la revue de la littérature.



Source : Auteurs

Notre travail s'appuie sur 3 temps : 1° des séquences d'observation des personnels soignants (infirmiers, aides-soignants et Agents de Service Hospitaliers) en situation d'activité pour se familiariser avec le contexte d'étude, 2° des informations collectées lors des réunions d'un groupe de travail régional sur l'évolution des métiers infirmiers permettant de comprendre les enjeux liés à l'évolution des fonctions infirmières¹⁰, 3° 19 entretiens semi-directifs auprès des cadres de santé, infirmiers¹¹ et directrices des soins (annexes 1 et 2) de 2 établissements d'un CHRU (A et B) et d'un hôpital de proximité (C) (tableau n°1) appartenant à un même Groupement Hospitalier de Territoire (GHT).

A la suite de la diffusion aux équipes de notre appel à volontaires pour participer à cette étude, 21 personnes se sont manifestées mais 19 entretiens ont pu être programmés et réalisés compte tenu des contraintes d'agenda.

Tableau 1 : Principales caractéristiques des hôpitaux.

Dénomination	Site A (HA) (Services gynécologie/ oncologie pédiatrique)	Site B (HB) (Services gériatrie/EHPAD)	Site C (HC) (Services chirurgie/ médecine polyvalente)

¹⁰ Un des auteurs est depuis 2019 membre du comité de pilotage d'un groupe de travail régional sur l'évolution des métiers d'infirmier.

¹¹ Le masculin est utilisé pour simplifier le discours mais n'est en aucun cas discriminatoire.

Activités	5 pôles (pédiatrie, gynécologie-obstétrique, spécialités médicales et chirurgicales, ressources interventionnelles et un plateau technique avec 14 blocs opératoires)	Gériatrie et soins palliatifs. Activité d'EHPAD	Services de soin (médecine polyvalente avec une orientation cardiologique, unité de chirurgie, hôpital de jour, unité de court séjour gériatrique, un EHPAD, un service d'urgence et un plateau technique avec 3 blocs opératoires.
Capacités d'accueil	429 lits et 85 places	294 lits et 15 places	334 lits
Contexte durant la recherche	Les 3 établissements mutualisent leurs ressources dans le cadre du GHT. 2017 : Restructurations importantes initiées au niveau du CHRU et déployées dans les établissements A et B. 2018 : Signature d'un contrat de retour à l'équilibre financier.		

Source : Auteurs

La durée moyenne des entretiens réalisés sur la période de Juillet à Novembre 2018 en face à face est de 31 minutes pour les infirmiers et de 50 minutes pour les cadres de santé et directrices des soins¹². La grille d'entretien comportait 4 thèmes : 1° les activités, connaissances et pratiques liées au métier et leurs évolutions, 2° le travail collaboratif, la conduite et l'implication dans des projets, 3° les transformations perçues de l'organisation et des relations professionnelles, 4° la satisfaction au travail. Les entretiens ont été enregistrés après autorisation des répondants et retranscrits. Leur contenu a été codé (tableau 2) à l'aide du logiciel Nvivo 12¹³.

Nous avons mis en perspective les données de chacun des 3 sites (Verdalle et al., 2012). Chaque site présente des singularités en termes de services et de population accueillie : une population féminine et des enfants cancéreux pour le site A, une population âgée pour le site B (il intègre un EHPAD dans ses locaux) et tous types de population (hormis les enfants) pour le site C marqué par une orientation « soins et chirurgie cardiologique ».

Tableau 2 : Grille de codage des entretiens

Pratiques infirmières : reconnaissance et évolutions	-Reconnaissance perçue des compétences et de l'expertise infirmières ; - Nouvelles activités ; - Nouvelles formations et mise en œuvre de connaissances acquises ; - (Nouvelles) façons de faire le soin - nouvelles pratiques - et leurs origines (adaptation des gestes, modification des processus de soin, partage des pratiques) ; - Part de l'autonomie d'action et dans l'exercice.
	-Travail en commun avec de nouvelles parties prenantes, nouveaux liens ; -Place donnée à la culture soignante dans les projets, dans l'orientation du

¹² Les cadres de santé et directrices des soins étaient tous issus de la filière infirmière.

¹³ Nous avons procédé au codage Nvivo en respectant les trois étapes : 1° extraction dans les entretiens des expressions couramment utilisées par les interviewés, 2° création des méta-codes pour les regrouper par similitudes, enfin 3° lier les codes thématiques aux concepts théoriques.

Coopération et participation active à des projets et collaborations	service ou de l'établissement ; - (Nouveaux) espaces et dispositifs de collaboration et de coopération ; - Reconnaissance et satisfaction associées à la participation à des projets ; - Accès à de nouvelles ressources (cognitives, informationnelles, budgétaires, symboliques).
Relations professionnelles	- Attention et écoute perçues ; - Possibilité d'évolution (nouvelles activités) ; - Facilité de dialogue et implication dans les décisions organisationnelles.
Satisfaction au travail	Fierté de faire son travail, satisfaction/insatisfaction par rapport aux résultats, épanouissement.

Source : Auteurs

III.PRINCIPAUX RÉSULTATS

Nos résultats mettent en évidence l'existence des marqueurs de l'IM à travers la mise en pratiques d'actions nouvelles ou repensées pour remplir au mieux les missions de service public. Celles-ci concernent pour l'essentiel des espaces laissés libres et portent sur un périmètre limité par une insuffisance d'accès à certaines ressources (financières, cognitives, sociales).

3.1. Des évolutions de la pratique infirmière et des cadres autour d'espaces laissés libres

Les cadres de santé (CD) et les directrices de soins (DS) constatent une évolution des activités à la fois sur le plan clinique et managérial. Sur le plan clinique, cela se traduit par de nouvelles activités liées à la prévention et l'éducation thérapeutique en raison du nombre croissant de personnes âgées dans les services de soins (HC). Ainsi, au-delà de l'approche exclusivement curative se développe au plus près des patients la nouvelle activité qu'est l'éducation thérapeutique encore trop peu diffusée en France comparativement à d'autres pays.

« La prise en charge du soin a évolué (...) avec une population qui a évolué, avec des attentes différentes, si je considère le soin il y a 20 ans et aujourd'hui, on a quand même évolué, en introduisant des choses comme l'éducation thérapeutique, la prévention, ça fait évoluer le soin et nous faisons de nouvelles choses. » (E19 DS HB)

Sur le plan managérial, comme l'indiquent les CS et DS, la réduction des durées de séjours se matérialise par la sortie précoce de patients dans certains services tels que la maternité et le développement d'activités ambulatoires qui exigent d'adopter de nouvelles pratiques en matière de gestion des lits et des flux patients. La logistique hospitalière constitue une nouvelle compétence à développer sans nécessairement y avoir été formé.

Le discours des **infirmiers** se focalise plus sur les transformations que connaissent leurs services. Par exemple, les services d'urgences pédiatriques, déploient une organisation logistique destinée à réduire le temps d'attente aux urgences et fluidifier le parcours des patients. Les infirmiers doivent faire preuve d'adaptation en raison de l'irrégularité de l'activité. Certaines périodes de pics d'activité (épidémies de grippe et de gastro entérite) sont marquées par un afflux important de patients en soirée et durant les nuits, plus difficile à gérer. Les infirmiers ont développé de nouvelles activités pour s'adapter aux évolutions de la prise en charge. Dans les services d'urgences pédiatriques, les infirmiers puériculteurs en première ligne, informent de plus en plus et « éduquent » les parents pour prévenir un recours systématique aux urgences pour des situations ne le nécessitant pas, tout en écoutant et rassurant pour atténuer leur anxiété. Ces temps relationnels avec les patients et leurs familles, auxquels ils ont été peu formés, prennent une part toujours plus importante par rapport aux actes techniques.

« Des fois les médecins sont indisponibles, car ils sont au bloc opératoire ou sur le site X, et on a besoin d'eux pour informer les familles. C'est nous qui répondons à leur place aux familles, qui sont très demandeuses pour parler aux médecins. On les informe sur la situation de leurs proches, les actes que le médecin ou l'interne prévoit de faire etc. On rassure les familles. Parfois, c'est difficile pour nous car on n'a pas été formé pour. » (E15 INF HA)

En revanche, dans les services de gériatrie et de médecine l'activité se concentre quasi exclusivement sur les actes de soins techniques. La surcharge d'activité ne permet pas de dégager du temps relationnel avec les patients. Il est alors fréquent que les actes de *nursing* reviennent aux aides-soignants. Cette « reventilation » des actions entre ces différentes catégories de personnels donne lieu à des échanges et partages de pratiques qui n'existaient pas auparavant, ou très peu, entre les services et les personnes. Les professionnels trouvent par eux-mêmes des leviers de coordination pour fluidifier les prises en charge.

« Aujourd'hui, ...faut que je priorise aussi mes soins, car l'activité est lourde, mes soins infirmiers que personne ne fera à ma place. Les soins de nursing, je peux m'appuyer sur une aide-soignante qui pourra les faire, même si ce n'est pas la même chose, elle pourra toujours prendre le relais, ce sera notre bras droit. » (E8 INF HB)

Le cas des services de chirurgie est intéressant. Les infirmiers se substituent fréquemment aux médecins non présents sur le site ou pris par d'autres tâches pour relayer le discours médical aux patients ou familles et communiquer le compte-rendu des actes réalisés. Cela est particulièrement prégnant pour les infirmiers travaillant de nuit qui se substituent au personnel

d'encadrement et médical (mobilisé sur un autre site) et prennent en charge des situations complexes tels que le décès de patients et l'information des familles. Ces résultats illustrent une fonction infirmière qui incorpore de nouvelles activités cliniques (restitution d'un compte rendu médical) et/ou managériales (relations avec les patients pour des étapes critiques ou attribution de tâches aux aides-soignants) sans que ces personnels n'en soient spontanément conscients. Ils s'emparent, d'un espace d'actions laissé vide (médecins non disponibles), ou d'actions temporellement non planifiées ou prévues (éducation et prévention). Ce qui pourrait s'apparenter à une forme d'autonomie dans l'exercice de la pratique infirmière est finalement l'expression d'une conscience professionnelle au service du patient et d'une forme de créativité de l'agir. D'ailleurs, pour les infirmiers ces activités ne sont pas considérées spontanément comme des manifestations de leur autonomie (et finalement d'un certain *empowerment*) mais comme leur échéant faute d'autres ressources mobilisables.

« Parfois le médecin nous délègue certaines tâches, on peut faire certaines tâches qui seront plus du corps médical, qui restent toujours dans notre compétence quand même » (E8 INF HC)

Ces nouvelles activités et pratiques sont finalement plus vécues comme des contraintes que comme un espace d'innovation.

Du côté des CS, il existe pourtant une volonté de faire évoluer leurs équipes vers des activités nouvelles et plus valorisantes. La formation n'est pas évoquée comme un levier pour y parvenir. Les cadres manquent de temps pour accompagner des projets susceptibles de faire évoluer leurs équipes (infirmiers et aides-soignants) aussi il revient à ces dernières de s'emparer de l'initiative même sans être outillées sur la manière de procéder. La participation à des groupes de travail peut être un levier pour innover, mais constitue une posture professionnelle très nouvelle pour ces personnels habitués à une activité normée.

De leur côté, les cadres se familiarisent avec les premiers éléments d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences avec la mise en place d'un tableau de suivi des compétences. L'importation d'outils utilisés dans l'univers de l'entreprise constitue une nouveauté. Elle facilite l'identification au sein du service des compétences et connaissances infirmières rares et valorisables et celles qu'il est nécessaire d'aller chercher, en particulier, à l'occasion de recrutements.

« Les compétences, le travail de terrain, c'est leur spécificité, leur expertise, moi je ne suis pas puéricultrice, je ne sais pas. Mais mon rôle, c'est d'aller questionner leurs pratiques. Donc

c'est un rôle d'appui, d'accompagnement et de soutien, de les faire évoluer, de m'appuyer sur les compétences mais aussi d'identifier celles qui nous manquent comme dans les entreprises. Ce travail d'identification est pour moi fondamental bien qu'il ne soit pas demandé. » (E8 CS HA)

Cette orientation n'est pas portée par l'établissement, aussi ces démarches restent limitées à certains services et sont à l'initiative des personnels d'encadrement.

3.2. La collaboration pour dépasser un faible accès aux ressources mais une retenue dans l'action

Les CS ont la volonté d'accompagner les infirmiers vers la culture de la collaboration à travers le déploiement de projets. Cette idée est fortement exprimée par les cadres en poste dans les établissements HA et HB et par les infirmiers eux-mêmes. Ces derniers se doivent de s'inscrire dans un groupe de travail, après un an d'ancienneté dans leur service. Nous n'avons pas retrouvé une telle pratique pour les personnels du HC. Bien que celle-ci marque la volonté d'associer les personnels infirmiers à la définition d'orientations, elle se heurte à des barrières temporelles, financières et motivationnelles. Les cadres du HA et HB disposent de peu ou pas de temps pour suivre les projets et accompagner leurs équipes.

« Tous les établissements ne sont pas dans les dynamiques de projet, d'action à mettre en place, et pour ceux que j'ai vu, on était plutôt dans une routine, à faire notre travail, à prendre en charge les patients. Je n'avais pas vu un établissement comme celui-là avec autant de groupes de travail, de réflexion, sur comment faire changer les pratiques, et faire dans la nouveauté (...) ici on demande à ce que tous les agents soient dans des groupes de travail » (E6 CS HA).

Du côté des **infirmiers**, la question du temps disponible pour mettre en œuvre un projet est également sensible. Si certains disposent d'un temps de travail dégagé pour travailler sur ces projets, ce n'est pas le cas de tous. Les plus motivés prennent alors sur leur temps de pause ou leur temps personnel et familial.

« Moi, vraiment mes leviers ici ce sont les projets. C'est mes seuls leviers. Je n'ai aucune rétribution financière (...) La plupart, des infirmières font tous les groupes de travail, elles sont motivées, elles y voient un intérêt et elles font beaucoup de choses chez elles (...) Et, elles reviennent après, elles ramènent le travail, elles ont fait de la recherche de biblio, elles ont réfléchi à des choses à mettre en place. » (E8 CS HA)

De plus, en raison des mesures de rationalisation, les enveloppes budgétaires affectées aux projets sont limitées voire même inexistantes. C'est une difficulté supplémentaire qui impacte encore plus fortement les motivations que le manque de temps. Ces actions exigent des connaissances et compétences (ressources cognitives) dont ne disposent pas toujours les personnels. L'accès aux ressources pour les personnels infirmiers s'avère particulièrement critique.

« Il y a des gens qui ont des projets intéressants de développement de chose, quand on leur dit, écoutez le financement, ce n'est même pas la peine de rêver, alors que ce sont des choses qui sont légitimes et ... du coup c'est vrai que ça crée de la frustration et de l'insatisfaction. »
(E19 DS HB)

Les CS tentent de dépasser les contraintes en multipliant les collaborations. Ils nouent des liens avec des partenaires externes pour accéder à de nouvelles sources de financement. Cette orientation est nécessaire pour une des deux DS et doit aussi être investie par les personnels soignants. Il s'agit pour eux de développer une nouvelle culture de l'action en amenant les personnels à sortir des murs de l'hôpital pour bâtir des collaborations avec les acteurs du territoire.

« On essaye de s'ouvrir sur le territoire, c'est aussi de mettre en place des partenariats pour évoluer, que ce soit en matière d'expertise, en matière de filière, ou même de recherche de fonds pour financer des petits projets comme le font des soignants pour les enfants du service »
(E19 DS HB)

Pour les cadres, les soignants restent encore trop cloisonnés dans une logique de service. C'est classiquement à l'occasion des réunions de services ou des *staffs* pluridisciplinaires que se formalisent les projets. C'est à l'intérieur de ces espaces que les cadres réfléchissent avec leur équipe infirmière à des projets peu coûteux en temps et en argent en capitalisant sur les ressources internes disponibles.

Les cadres parviennent à dépasser l'altération de la motivation en investissant la question du sens des actions soignantes. Le patient constitue la valeur centrale autour de laquelle tous les personnels se retrouvent. Il est aussi un partenaire à part entière, capable de transmettre des connaissances sur lesquelles peuvent se développer de nouvelles compétences. Le regard que le patient porte sur sa prise en charge est un gisement pour améliorer et adapter les pratiques infirmières. La coopération avec le patient est encore peu investie du point de vue de la grande majorité des personnes interrogées.

« Je pense que le patient est un moteur, parce que ça nous permet d'avancer, de donner un but à ce qu'on fait et d'améliorer nos prises en charge, nos pratiques ». (E2 INF HA)

De manière générale, les infirmiers ont le sentiment d'être écoutés et soutenus par leurs cadres, qui n'hésitent pas à les intégrer dans le processus décisionnel. Cela constitue pour les cadres des sites A et B une étape importante pour l'évolution de la carrière de ces personnels qui sont amenés à prendre du recul et un peu de hauteur. C'est également une manière de valoriser leurs compétences et d'en activer de nouvelles. L'implication des personnels infirmiers dans les décisions n'est pas rapportée pour le HC où la décision revient aux médecins sans qu'elle ait été discutée avec les cadres et les infirmiers. Cela rend compte d'une forme de confiscation de la décision par la sphère médicale.

« Ça m'intéresse de comprendre les enjeux financiers, l'activité, le point de vue gestion : ça m'intéresse dans le sens où comment le combiner avec la réalité du terrain. C'est ça qui m'intéresse : la complexité de tenter de combiner des dimensions qui sont aux antipodes et c'est ça qui me plaît. C'est un travail qui deviendrait créatif, inventif et donc stimulant et on pourrait vraiment apporter si on nous associait plus aux décisions. » (E11 INF HB)

Enfin, il ressort un sentiment général d'insatisfaction au travail à la fois chez les infirmiers, et une partie des personnels d'encadrement qui les conduit à repenser leurs idéaux. Une autre partie des cadres qui s'attachent à redonner du sens à leurs pratiques, en faisant preuve d'inventivité et de créativité exprime une certaine satisfaction au travail. Assez paradoxalement, malgré le sentiment de dégradation des conditions de travail, les infirmiers expriment la fierté de faire ce métier.

3.3. L'autonomie des infirmiers peu mobilisée pour accéder à de nouvelles ressources

L'autonomie est bien présente chez les infirmiers, en particulier chez ceux qui travaillent de nuit ou sont en roulement. Ceux-ci se fient à leurs savoir-faire pour trouver des solutions aux situations complexes qu'ils rencontrent.

Les personnels infirmiers spécialisés (services des urgences pédiatriques) mobilisent leurs compétences cliniques et parfois managériales lorsque qu'il n'est pas possible de recourir à une compétence médicale, faute de disponibilité dans l'instant. Ces personnels s'impliquent en adaptant d'eux-mêmes la prise en charge des patients. Ils bénéficient, dans cette action, de la confiance de leurs cadres et de certains médecins, ce qui constitue une ressource symbolique.

Chez les infirmiers sans spécialisation, l'autonomie se traduit par la capacité à organiser la prise en charge du patient mais aussi dans une certaine mesure à organiser le travail des aides-soignants dans le respect des directives fournies par le cadre. Les infirmiers qui jouissent de davantage d'autonomie peinent à percevoir la valeur et la portée de leurs pratiques. Ils perçoivent rarement l'autonomie comme une source de pouvoir et un levier possible pour accéder à de nouvelles ressources informationnelles, cognitives ou financières, alors même que le déficit de ressources est très présent dans les discours.

3.4. Un accès aux ressources piloté par le cadre

C'est au cadre qu'il revient d'organiser l'accès aux ressources comme cela est dit. Il se concentre de plus en plus sur la recherche de ressources financières en faisant appel à des partenaires externes. Si pour certains services (onco-pédiatrie), la forte mobilisation de parties prenantes externes (dont les associations) permet de disposer de ressources complémentaires, tel n'est pas le cas pour la grande majorité des services. Cette ouverture de l'hôpital vers des ressources budgétaires externes est largement portée par la direction. Les soignants qui œuvrent au plus près des patients ont toute légitimité pour développer des initiatives en ce sens. Mais cela ne semble pas faire partie du champ des possibilités qu'ils envisagent, même s'ils bénéficient d'un soutien fort des cadres. Le montage de tels projets exige du temps et certaines compétences méthodologiques dont la plupart ne dispose pas. La question de l'accès à la ressource cognitive pour les personnels infirmiers est peu évoquée par les cadres. En revanche, les cadres utilisent aussi des ressources symboliques pour récompenser les efforts fournis par les infirmiers.

IV. DISCUSSION CONCLUSIVE

Il existe bien une transformation des pratiques et des compétences infirmières mais celle-ci reste limitée. C'est le constat que nous faisons pour les sites (B et C) où les infirmiers sont amenés à prendre en charge des activités cliniques et relationnelles non couvertes. Cela est moins apparent pour le site A (gynécologie obstétrique, pédiatrie et oncologie pédiatrique). Contrairement aux infirmiers des sites B (Gériatrie/EHPAD) et C (Médecine polyvalente) dont les connaissances se développent « sur le tas » plus que de manière construite (P1), les infirmiers du site A, n'expérimentent pas le développement de compétences par le biais d'espaces laissés libres mais plutôt à travers des axes de développement initiés par le cadre du service. Globalement, les espaces d'autonomie (P2) que les personnels infirmiers des 3 sites

investissent expriment le souhait, voire le devoir très intime, de répondre au mieux aux besoins du patient (P2a). Ils profitent finalement peu du soutien bien présent et de l'encouragement important de leurs cadres pour se positionner sur de nouveaux champs d'actions (P2b). Si les infirmiers des trois sites se sentent relativement écoutés (P3a) et impliqués dans des collaborations classiques, les actions innovantes s'avèrent assez rares (P3b) et sont le fait des cadres issus de la filière infirmière. Pour le site A, les collaborations et les projets innovants sont portés par le cadre du service. Sur les sites B et C les projets sont initiés par les infirmiers puis soumis à l'approbation des cadres du service. Les personnels infirmiers sont parfois porteurs de projets mais ceux-ci sont rarement novateurs (P4a) au sens des travaux sur l'IM. Ils contribuent encore faiblement à l'émergence de nouveaux dispositifs de prise en charge des patients (P4b). Cela rend compte d'une certaine retenue pour des actions qui se situeraient en dehors du périmètre habituel de leurs pratiques professionnelles. Les propos des infirmiers des trois sites sont ambivalents. Globalement, ils expriment la fierté de faire leur travail en même temps qu'une insatisfaction qu'ils attribuent à une dégradation des conditions d'exercice (P5). Quelques singularités sont indéniables entre les sites notamment pour le site A (Verdalle et al., 2012).

Nos résultats confirment la difficulté non seulement à instaurer un leadership chez les infirmiers dans un mouvement *bottom up* (Robert et al. 2017) mais aussi les difficultés à installer un *empowerment* structurel dans des organisations (Petit-Dit Dariel, 2015) au sein desquelles s'expriment de nombreuses sources de pouvoir (Mintzberg 2017). En articulant les IM et les pratiques des HM, nous avons pu repérer dans le contexte hospitalier français, quelques-unes des pratiques que déploient les HM : la forte culture soignante orientée vers le bien-être du patient, le développement, certes encore timide, de nouvelles compétences cliniques ou managériales ou encore une certaine autonomie des personnels infirmiers. On identifie une très faible ouverture des organes de gouvernance et décisionnels aux personnels infirmiers. Celle-ci constitue pourtant un élément structurel socle pour que puisse émerger un véritable *empowerment* infirmier (Armstrong et al., 2009) et s'installer une contribution plus manifeste à l'IM. Malgré tout, on relève des signes encourageants tels que le développement du nombre de connexions entre les personnels infirmiers et les autres catégories de parties prenantes à travers la participation institutionnalisée (prescrite des infirmiers) pour le site A ou celle intentionnelle à des projets internes pour le site C. Cela constitue une des sources du pouvoir informel de Kanter (1977) qui permet d'accéder à de nouvelles ressources cognitives et symboliques. Cet accès est peu le résultat de l'expression d'une demande portée par les

soignants. Le leadership s'avère donc ici plus transactionnel que transformationnel confirmant les résultats de McCay et al. (2018). L'émergence d'un leadership transformationnel chez les infirmiers exige de réinvestir la question des motivations et du sens au travail dont on constate qu'elle est un enjeu important pour les cadres de santé et directeurs des soins que nous avons rencontrés. Ces derniers largement issus de la filière infirmière constituent un maillon essentiel pour permettre à la culture soignante d'infuser toutes les strates organisationnelles. Ainsi, depuis nos entretiens, les directrices des soins ont obtenu les ressources financières pour envoyer quatre infirmiers suivre la formation en pratiques avancées. Il existe une volonté forte des cadres et directrices des soins de modifier les façons de faire mais aussi des personnels infirmiers, ce qui constitue un des marqueurs de l'IM. Si nous ne sommes pas parvenues de manière évidente à identifier une dynamique autour de l'IM, il existe bien des petits changements (réorganisation du parcours de prise en charge des patients aux urgences, obligation de participer à un projet, incitation à développer des partenariats) qui constituent des pratiques nouvelles (Le Roy et al. 2013) s'inscrivant dans la singularité contextuelle interne décrite par Adam-Ledunois et Damart (2017).

La principale limite de notre travail se situe dans l'échantillon restreint. Cette étude permet d'approcher la question de l'*empowerment* infirmier à travers l'innovation managériale, mais elle nécessite d'être enrichie de nouvelles collectes de données pour obtenir une représentation plus complète des personnels et des établissements afin de pouvoir dégager des constats potentiellement généralisables.

Depuis notre étude, il est flagrant de constater combien la crise sanitaire a rendu visible le rôle des personnels infirmiers, leur dévouement et leur capacité d'adaptation mais aussi les tensions fortes et le manque de reconnaissance ressenti par la profession. Cette crise a conduit à un renforcement des collaborations avec les équipes médicales et pour ces professionnels à exprimer une créativité en intégrant rapidement de nouvelles pratiques. Elle rappelle la nécessité d'être inventif (Lagadec, 2020) et agile. Elle remet au-devant de la scène l'importance qu'il y a dans le secteur de la santé (et le secteur public plus généralement) à accorder plus d'attention aux questions organisationnelles et managériales en partant des pratiques des agents. Une des pistes est de sensibiliser et former les professionnels de santé au management en travaillant à diffuser une culture organisationnelle de l'initiative individuelle et collective en s'appuyant sur un management d'initiatives plus affirmé et décloisonné pouvant permettre à chacun de trouver de nouveaux espaces d'expression. Le chemin reste encore long pour ces organisations particulièrement complexes et pluralistes aux normes de

fonctionnement profondément ancrées pour opérer une mutation afin qu'émergent des organisations plus en phase avec les attentes des professionnels de santé d'aujourd'hui et de la société en général.

Références bibliographiques

Abrahamson, E. (1996). Management Fashion, Academic Fashion, and Enduring Truths. *The Academy of Management Review*, 21(3), 616- 618.

Adam-Ledunois, S., & Damart, S. (2017). Innovations managériales, attrapons-les toutes ! - Design d'une méthodologie d'analyse critique des objets de management. *Revue Française de Gestion*, 43(264), 117- 142.

Adhikari, U., & Thakali, M. (2019). *Exploring the Magnet hospital work environment : An integrative literature review*. Thèse en sciences de gestion.

Armstrong, K., Laschinger, H., & Wong, C. (2009). Workplace Empowerment and Magnet Hospital Characteristics as Predictors of Patient Safety Climate. *Journal of Nursing Care Quality*, 24(1), 55- 62.

Bass, B. M. (1985). *Leadership and performance beyond expectations*. Collier Mcmillan.

Bass, B. M., & Riggio, R. E. (2006). *Transformational Leadership*. Psychology Press.

Birkinshaw, J., Hamel, G., & Mol, M. J. (2008). Management Innovation. *Academy of Management Review*, 33(4), 825- 845.

Birkinshaw, J., & Mol, M. J. (2006). How management innovation happens. *MIT Sloan Management Review*, 47(4), 81- 88.

Boamah, S., & Laschinger, H. (2015). Engaging new nurses : The role of psychological capital and workplace empowerment. *Journal of Research in Nursing*, 20(4), 265- 277.

Boyle, S. M. (2004). Nursing Unit Characteristics And Patient Outcomes. *Nursing Economics*, 22(3), 111- 123.

Damart, S. (2013). *Innovations managériales en établissements de santé : Vers un management « intégratif »*. Éditions EMS.

Dubouloz, S. (2013). Les barrières à l'innovation organisationnelle : Le cas du Lean Management. *Management international*, 17(4), 121- 144.

Durand, V., & Minvielle, E. (2016). *A la découverte des innovations managériales hospitalières. Ce que nous enseignent les acteurs du terrain*. Presses de l'EHESP.

Ferlie, E., Fitzgerald, L., Wood, M., & Hawkins, C. (2005). The Nonspread of Innovations : The Mediating Role of Professionals. *Academy of Management Journal*, 48(1), 117- 134.

Howell, J. M., & Avolio, B. J. (1993). Transformational leadership, transactional leadership, locus of control, and support for innovation : Key predictors of consolidated-business-unit performance. *Journal of Applied Psychology*, 78(6), 891- 902.

- Kanter, R. M. (1977). *Men and Women of the Corporation*. Basic Books.
- Kramer, M., & Schmalenberg, C. (1988). Magnet hospitals : Part I. Institutions of excellence. *The Journal of Nursing Administration*, 18(1), 13- 24.
- Lagadec, P. (2020). Le pilotage des grandes crises : Les leçons de Katrina. *Le journal de l'école de Paris du management*, 144(4), 8- 15.
- Le Roy, F., Robert, M., & Giuliani, P. (2013). L'innovation managériale : Généalogie, défis et perspectives. *Revue française de gestion*, N° 235(6), 70- 90.
- Lowe, K. B., Avolio, B. J., & Dumdum, U. R. (2013). Addendum : Don't You Love it When a Plan Comes Together? Update on Meta-Analytic Findings for Transformational and Transactional Leadership. In *Transformational and Charismatic Leadership: The Road Ahead 10th Anniversary Edition*. Vol. 5. Emerald Group Publishing Limited. p. 71- 75.
- McCay, R., Lyles, A. A., & Larkey, L. (2018). Nurse Leadership Style, Nurse Satisfaction, and Patient Satisfaction : A Systematic Review. *Journal of Nursing Care Quality*, 33(4), 361- 367.
- McClure, M. L., Poulin, M. A., Sovie, M. D., & Wandelt, M. A. (1983). *Magnet hospitals attraction and retention of professional nurses*. American nurses' association, Task force on nursing practice in hospitals.
- Mériade, L., Rochette, C., & Talbot, D. (2018). La confiance interpersonnelle en milieu hospitalier: une proposition de lecture par la Proximité. *Gestion et management public*, 7(3), 31-52.
- Mintzberg, H. (2017). *Managing the Myths of Health Care: Bridging the Separations Between Care, Cure, Control, and Community*. Berrett-Koehler Publishers.
- Morrison, R. S., Jones, L., & Fuller, B. (1997). The Relation Between Leadership Style and Empowerment on Job Satisfaction of Nurses. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 27(5), 27- 34.
- Myrick, F., & Pepin, J. I. (2016). Shining a Light on Leadership in Canadian Nursing Education. *Quality Advancement in Nursing Education*, 2(2), 8.
- Nobre, T. (2013). L'innovation managériale à l'hôpital. *Revue française de gestion*, N° 235(6), 113- 127.
- OMS. (2020). *La situation du personnel infirmier dans le monde 2020 : Résumé d'orientation*.
- Petit Dit Dariel, O. (2015). L'empowerment structurel des hôpitaux « magnétiques » est-il concevable en France ? *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 1(4), 197- 204.
- Poil Burtin, M., & Bachelard, O. (2021). *Comment repenser la chaîne de valeur globale à l'hôpital : Etude exploratoire*. HAL.
- Robert, M., Khallouk, M., & Mignon, S. (2017). Les organisations à but non lucratif et l'innovation managériale. *Revue Française de Gestion*, 43(264), 161- 181.
- Rogers, E. M. (2010). *Diffusion of Innovations, 4th Edition*. Simon and Schuster.

Sibé, M. (2014). *L'hôpital magnétique : Définition, conceptualisation, attributs organisationnels et conséquences perçues sur les attitudes au travail*. Thèse de doctorat en sciences de gestion. Université Européenne de Bretagne.

Sibé, M., & Alis, D. (2016). L'hôpital magnétique : Un hôpital « aimant » qui favorise performance et bien-être au travail. In Roland Coutanceau éd., *Stress, burn-out, harcèlement moral : De la souffrance au travail au management qualitatif*. Dunod, p.131- 145.

Upenieks, V. (2003). The interrelationship of organizational characteristics of magnet hospitals, nursing leadership, and nursing job satisfaction. *The Health Care Manager*, 22(2), 83- 98.

Vaillant, L. (2020). *Réinventons le secteur de la santé – ils l'ont fait, découvrons leurs clés* (AFNOR).

Van de Ven, A. (1986). Central problems in the management of innovation. *Management Science*, 32(5), 590- 607.

Verdalle, L. de, Vigour, C., & Bianic, T. L. (2012). S'inscrire dans une démarche comparative. *Terrains travaux*, 21(2), 5- 21.

Zaghmouri, N. (2019). *Innovations managériales et management de proximité au sein des organisations de santé*. Thèse de doctorat en sciences de gestion. Université de Lorraine.

Annexe 1 : Caractéristiques des entretiens réalisés chez les personnels infirmiers.

Interrogés	Sites	Sexe	Fonction actuelle ¹⁴	Service	Tranche d'âge	Ancienneté	Durée
E1	A	F	IPDE	Urgences pédiatriques	35-40 ans	13 ans	48mn07s
E2	A	H	IPDE	Urgences pédiatriques	30-35 ans	11 ans	30mn48s
E3	A	F	IDE	Médecine digestive	30-35 ans	10 ans	22mn 28s
E4	A	F	IPDE	Urgences pédiatriques	20-25 ans	14 ans	28mn 45s
E5	A	F	IDE	Urgences pédiatriques	30-35 ans	10 ans	33mn 59s
E11	B	F	IDE	EHPAD	30-35 ans	6 ans	32mn 37s
E14	B	F	IDE	Gériatrie	50-55 ans	37 ans	35mn 42s
E15	C	F	IDE	Chirurgie	30-35 ans	7 ans	27mn 28s
E16	C	F	IDE	Chirurgie	25-30 ans	6 ans	35mn 59s
E17	B	F	IDE	Gériatrie	35-40 ans	15 ans	20mn

Source : Auteurs

Annexe 2 : Caractéristiques des entretiens réalisés chez les personnels encadrants (cadres de santé et directrices de soins).

Interrogés	Site	Sexe	Fonction	Anc.	Tranche	Service	Anc.	Durée
------------	------	------	----------	------	---------	---------	------	-------

¹⁴ Les infirmiers interrogés sont classés en deux catégories : ceux qui ont une spécialisation (les infirmiers puériculteurs diplômé d'État = IPDE) et ceux qui n'ont pas de spécialisation (les infirmiers diplômés d'État = IDE).

			actuelle	fonction	d'âge		INF.	en mn
E6	A	F	CS	2 ans	35-40 ans	Pédiatrie générale	16 ans	42mn
E7	A	H	CS	2 ans	35-40 ans	Digestive	14 ans	50mn
E8	A	F	CS	5 ans	35-40 ans	Oncologie pédiatrique	4 ans	86mn
E9	A	H	CS	6 ans	35-40 ans	Pédiatrie générale	7 ans	58mn
E10	A	F	DS	12 ans	40-50 ans	Direction des soins	11 ans	70mn
E12	C	F	CS	7 ans	35-40 ans	Soin de Suite Réadaptation	12 ans	35mn
E13	C	F	CS	6 ans	35-40 ans	EHPAD	10 ans	49mn
E18	B	F	CS	7 ans	30-35 ans	Gériatrie	8 ans	68mn
E19	B	F	DS	6 ans	40-50 ans	Direction des soins	9 ans	33mn

INF : Infirmier ; **CS** : Cadre de santé ; **DS** : Directeur des soins ; **Anc.** : Ancienneté (dans la fonction)

Source : Auteurs

Contributions des auteurs : CR et LC ont conçu le cadre conceptuel. CR a réalisé et rédigé la revue de la littérature. CR a présenté la méthodologie. LC a codé les résultats. CR et LC ont rédigé et commenté les résultats. CR a formaté le manuscrit et assuré le suivi des révisions.