

L'hôpital magnétique :

un hôpital « aimant » qui favorise performance et bien-être au travail

Matthieu Sibé*,

David Alis**,

Chapitre d'ouvrage collectif

In

"Stress, burn-out, harcèlement moral : de la souffrance au travail au management qualitatif

Préface de Boris Cyrulnik

Postface de Marie-France Hirigoyen

Sous la direction de Roland Coutanceau, Rachid Bennegadi, Serge Bronstein

Collection: Psychothérapies, Dunod, Paris, 2016 - 288 pages

*Maître de Conférences en Sciences de Gestion à l'Université de Bordeaux

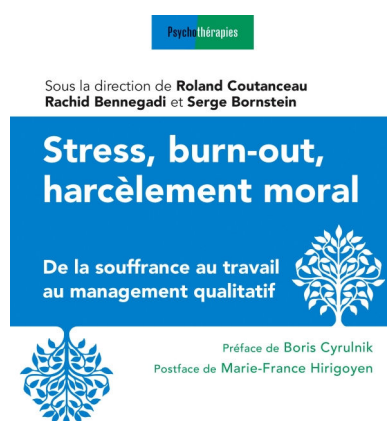
Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement

Centre INSERM U897 – Equipe EMOS (Economie, Management des Organisations de Santé)

** Professeur en Sciences de Gestion à l'Université de Rennes 1

Institut de Gestion de Rennes

UMR CNRS 6211 – CREM (Centre de Recherche en Economie et Management)



En France et en Europe, le désarroi grandissant des professions hospitalières est manifeste et les signaux du mal-être au travail sont nombreux : un absentéisme plus élevé que la moyenne nationale¹, une sur-exposition aux risques professionnels, les troubles musculo-squelettiques - TMS en particulier, mais aussi plus spécifiquement les risques infectieux et d'expositions au sang et un développement des troubles liés aux risques psycho-sociaux². Environ 40% des professionnels de santé franciliens seraient sujet au cours de leur carrière au syndrome de l'épuisement professionnel – SEP ou burn-out. Près de 15% des médecins et des infirmières se déclarent aujourd'hui fréquemment prêt à quitter la profession (Estryn-Behar, 2008; Estryn-Behar et al., 2011).

L'enjeu est crucial de renverser ces tendances et de disposer de manière durable des personnels performants, à même de garantir la qualité, la sécurité et la continuité des soins rendus au patient.

Face à cet enjeu, la communauté infirmière américaine apporte depuis 30 ans, une réponse originale au moyen d'un programme de labellisation, le *Magnet Hospital Recognition Program*® (ANCC, 2008), qui distingue les **hôpitaux dits « magnétiques » ou « aimants »**, reconnus pour allier des résultats sanitaires performants et des conditions de travail jugées favorables par les soignants. Le « Magnet Hospital » classiquement traduit par hôpital magnétique, exprime cette propriété de la matière aimantée, mais aussi par extension la communication d'un fluide « magnétique » à un objet, ici l'hôpital. L'expression d'hôpital « aimant » est aussi utilisée au Québec, signifiant au sens propre la capacité de rétention et d'attractivité et au sens figuré la capacité de fournir du bien-être à leurs patients comme à leurs personnels. Cet outil de standardisation des pratiques de GRH se focalise sur les dimensions positives du contexte hospitalier, qui favorisent le désir de rester plutôt que l'envie de partir. Bien plus qu'un guide normatif de bonnes pratiques de ressources humaines dédiées aux infirmières, le concept se présente aujourd'hui comme un mode de management réconciliant qualité de vie au travail et performance organisationnelle.

Cette notion trouve sa genèse dans le contexte nord-américain, marqué par la publication d'ouvrages comme « Le Prix de l'Excellence » et l'avènement de la psychologie positive, et où s'est développée une recherche de qualité en santé publique et en soins infirmiers. Cette approche a cependant des leçons transférables dans le contexte français et européen, frappé par cette montée des risques psycho-sociaux et cette désaffection du personnel hospitalier. Elle ouvre de nouvelles pistes de réflexions et d'actions, pour les professionnels Certains établissements ne s'y trompent pas. Même si aucun établissement de santé français ne s'est actuellement lancé dans la procédure de labellisation du

¹ La santé est le secteur d'activité parmi les plus touchés par l'absentéisme avec un taux d'absentéisme de 5,9%, soit 21,5 jours d'absence par salarié en moyenne sur une année (Alma Consulting Group, 2014).

² cf. Les enquêtes de l'Union Régionale des médecins libéraux d'Ile de France et de la Coordination Nationale Infirmière. En l'absence de données nationales, les syndicats et les représentants de la profession appellent aujourd'hui au lancement d'une enquête de grande ampleur pour mieux quantifier l'étendue du burn-out et de ses conséquences chez les médecins et soignants.

MRP©, la clinique Pasteur à Toulouse, l'hôpital de l'Hôtel-Dieu ou l'hôpital Cochin à Paris mènent actuellement des initiatives envers leurs infirmières et s'en inspirent explicitement (Canasse, 2009; Pronost, 2010). Pour définir et caractériser cette notion, nous répondrons ainsi à sept questions :

- 1- **Quand apparaît le concept d'hôpital magnétique ?**
- 2- **Comment définir et mesurer le magnétisme?**
- 3- **Quelles sont les valeurs au cœur du magnétisme ?**
- 4- **Quels sont les effets attendus du magnétisme hospitalier ?**
- 5- **Quel est le modèle de l'hôpital magnétique ?**
- 6- **Le magnétisme hospitalier est –il transférable ?**
- 7- **Quelles sont les implications pratiques en matière de gestion des ressources humaines ?**

Cette présentation vise ainsi à faire mieux connaître et diffuser ce management qualitatif au service de la qualité des soins et de la qualité de vie au travail qui a fait ses preuves dans les hôpitaux nord-américains.

1. Quand apparaît le concept d'hôpital magnétique ?

En 1983, l'expression *Magnet Hospital* apparaît pour la première fois dans l'ouvrage intitulé « *Magnet Hospitals : Attraction and Retention of Professional Nurse* », publié par l'*American Academy of Nursing*. Cette notion est issue des résultats d'une étude qualitative conduite par entretiens auprès d'un échantillon de soignants et de directeurs de soins de 41 hôpitaux américains. A cette époque, une équipe de chercheurs en soins infirmiers, pilotée par l'infirmière Margaret McClure, professeur de sciences infirmières, avait connaissance d'établissements réputés attractifs et qui « réussissaient en imaginant des organisations des soins qui fonctionnaient comme des « aimants » pour la profession : ils étaient capables d'attirer et de retenir des personnels correctement qualifiés » (McClure et al., 1983). Les hôpitaux sélectionnés répondaient à trois critères : un critère de réputation ou de « bouche à oreille » quant à leur capacité à attirer et retenir les soignants, un critère géographique pour couvrir l'ensemble du territoire américain et un critère de concurrence sur le marché de l'emploi infirmier pour ne pas inclure d'établissements en situation de monopole sur leur bassin d'emploi.

L'intuition originale de cette étude est de volontairement s'intéresser aux établissements sans difficulté de gestion de leurs effectifs soignants. Son but est d'offrir en exemple aux managers hospitaliers des leviers ayant fait la preuve de leur succès, plutôt que de les focaliser sur les raisons de leur échec. Les résultats obtenus sur la description des conditions de travail des soignantes américaines vont permettre de rassembler les forces du magnétisme hospitalier, entendues initialement comme « les caractéristiques organisationnelles et managériales favorables à la fidélisation et à l'attractivité des

infirmières ». L'étude ouvre incidemment une nouvelle voie de recherche en abordant le problème de la pénurie sous l'angle positif de la fidélisation (*processus qui pousse à rester*) et non sous celui traditionnellement négatif de la rotation du personnel (*état réalisé d'avoir quitté*).

En l'espace de 30 ans, le **Magnet Hospital** est devenu un outil de labellisation développé par le programme de certification de l'*American Nurses Credentialing Center (ANCC)* sous l'intitulé de **Magnet Recognition Program®**. Dès lors, il s'agit d'un « établissement qui satisfait à un ensemble de critères appréciant les pratiques RH, organisationnelles et managériales identifiées pour rendre optimales l'exercice professionnel des soignants » (ANCC, 2008). Ce label est utilisé comme l'un des critères d'excellence pour désigner les meilleurs hôpitaux américains. En 2013, 15 des 18 meilleurs centres hospitaliers et la totalité des 10 meilleurs établissements pédiatriques du classement rendu par l'*US News and World Report – US News Best Hospitals in America Honor Roll*, possèdent le label magnétique. Environ 6,61% des hôpitaux et centres médicaux américains se sont lancés dans cette procédure volontaire de reconnaissance externe depuis son lancement officiel en 1990. Aujourd'hui 400 établissements sont porteurs du label uniquement aux Etats-Unis. A l'étranger, le processus de labellisation augmente progressivement en Australie, Nouvelle-Zélande, Canada. Le **MRP®** est signalé régulièrement dans la littérature comme le « *gold standard* » en matière de qualité des pratiques infirmières (Lundmark, 2008) ; ce terme de « Gold Standard » étant régulièrement utilisé dans le domaine médical ou soignant pour signifier une pratique qui a valeur de référence, pour établir la validité d'un fait.

Si la notoriété outre-Atlantique du concept tient en grande partie aux efforts de l'ANCC, afin de diffuser les bonnes pratiques du **MRP®**, il ne faut négliger l'entreprise engagée par le monde académique des chercheurs en soins infirmiers pour asseoir scientifiquement sa validité. Ainsi, nous avons recensé plus de 1 000 références sur le terme Magnet Hospital lors de l'interrogation des bases de données pluridisciplinaires des articles publiés, à la fois dans le champ du management de la santé (*Healthcare Management*) et du management des soins infirmiers (*Nursing Management*). Depuis son avènement, l'hôpital magnétique est l'objet de multiples travaux dont l'objectif principal est de catégoriser les « *forces magnétiques* » et de créer des outils de mesure valides du magnétisme. Comparant généralement les hôpitaux labellisés et non labellisés, ces études permettent d'une part d'apprécier les effets attitudeux du magnétisme (*satisfaction au travail, implication, intention de rester, épuisement professionnel...*) autant que ses conséquences organisationnelles (*efficacité des soins, sécurité des patients, satisfaction de patients...*), et d'autre part d'opérationnaliser le concept dans des systèmes et cultures hospitalières de nations différentes.

2. Comment définir et mesurer le magnétisme hospitalier ?

A l'instar du burn-out, l'hôpital magnétique est historiquement un concept construit *par et pour* les soignants. A l'origine, il est un établissement qui a « *la capacité d'attirer et de retenir les personnels soignants* » (McClure et al., 1983). Il s'agit donc d'un concept RH de gestion de la fidélité des infirmières, dont le seul but apparent est de servir leur cause et l'amélioration de leurs conditions de travail à l'hôpital.

Deux décennies plus tard, l'hôpital magnétique est défini comme « *un contexte organisationnel qui rend possible la meilleure performance de chaque professionnel de santé* » (Lundmark, 2008). Par contagion, le magnétisme hospitalier affecte l'ensemble de la communauté professionnelle des soignants, y compris les médecins. Son impact s'étend désormais à la performance globale de l'hôpital, incluant l'efficacité, la qualité et la sécurité des soins.

Plus récemment, le québécois Yvon Brunelle (2009) considère qu'un hôpital magnétique est « *un hôpital où il fait à la fois bon travailler et bon se faire soigner* ». Les organisations aux attributs « aimants » sont aptes à conjuguer bien-être au travail et qualité des soins. Le magnétisme hospitalier offre alors une solution aux préoccupations actuelles sur l'amélioration de la qualité de vie au travail et de la santé au travail des personnels hospitaliers, comme le réclament, notamment en France, les rapports gouvernementaux successifs et les travaux de la Haute Autorité en Santé (Couty & Scotton, 2013).

Plusieurs auteurs ont identifié certains facteurs clés du magnétisme : décentralisation de l'organisation, flexibilité des horaires de travail, développement professionnel, communication systématique entre le management et l'équipe, soutien organisationnel, relations collaboratives entre soignants et médecins, autonomie clinique des soignants, contrôle sur l'environnement de la pratique soignante (McClure, 2005; Upenieks, 2002).

Il revient à Kramer et Schmalenberg (2004, 2008) de stabiliser cette liste de facteurs organisationnels en **8 dimensions essentielles**, qui définissent les attributs d'un contexte magnétique :

- une culture du soin centrée sur les besoins du patient ;
- des soignants experts dans leur art ;
- un soutien fort de l'institution envers la formation des personnels ;
- un leadership infirmier de type transformationnel ;
- un mode de management participatif favorable à l'empowerment des soignants ;
- un climat relationnel collégial entre les médecins et les soignants ;
- une autonomie des soignants dans leur sphère de décision clinique ;

- une gestion des effectifs adéquate, adaptée à la charge de travail et aux besoins du patient.

Le manuel du MRP® dans sa dernière version décline 5 composantes et 14 forces magnétiques (Forces Of Magnetism™) :

- Composante « Leadership transformationnel » : Qualité du leadership infirmier ; Style de management ;
- Composante « Empowerment structurel » : Structure organisationnelle ; Programmes et politiques du personnel ; Communauté et organisation sanitaire ; Image des soins ; Développement professionnel ;
- Composante « Pratique professionnelle exemplaire » : Modèles professionnels des soins ; Ressources et Conseils ; Autonomie ; Enseignement ; Relations interdisciplinaires ; Qualité des soins (Ethique, sécurité du patient et qualité) ; Amélioration de la qualité ;
- Composante « Améliorations, innovations et nouvelles connaissances » : Qualité des soins (pratiques basées sur les preuves et recherche) ; Amélioration de la qualité
- Composante « Résultats empiriques » : Qualité des soins.

Ces composantes se mesurent notamment à l'aide de questionnaires reconnus pour leur qualité psychométrique. A cet égard, deux outils de mesure font l'objet d'une large diffusion : Nursing Work Index dans sa version révisée (Aiken & Patrician, 2000) et Essentials of Magnetism Tool (Kramer & Schmalenberg, 2004).

3. Quelles sont les valeurs du magnétisme hospitalier ?

Nous distinguerons trois valeurs : la bienveillance ou le care vis-à-vis des patients comme du personnel (a), l'autonomie dans un cadre organisé par les normes professionnelles (b), la complémentarité des actions des pouvoirs administratif, médical et soignant visant la responsabilisation et la coopération (c).

(a) Un hôpital magnétique obéit à un système culturel pétri des valeurs éthiques du « care », globalement défini comme la recherche d'une bienveillance à l'égard des patients comme des personnels. La mission principale de l'hôpital est certes la prise en charge des malades, et la recherche de la qualité des soins doit être absolue car elle conditionne le sens collectif du travail. Pour autant, l'organisation « aimante » contribue parallèlement à la réalisation de soi. Elle accueille avec bienveillance les attentes personnelles des individus, qui ne se satisfont pas exclusivement par le

travail. Les objectifs personnels et les buts de l'organisation peuvent alors être conciliés de manière harmonieuse, à condition d'adapter l'organisation au facteur humain.

(b) L'organisation magnétique reconnaît le rôle singulier de chacun des intervenants de la chaîne du soin, médecins ou infirmières. Le magnétisme hospitalier promeut l'autonomie, comme condition nécessaire de l'accomplissement des rôles professionnels attendus. Cette autonomie ne rime pas avec indépendance, « *mais plutôt comme l'exercice autodéterminé en fonction des normes professionnelles* » (McClure et al., 1983). L'effort d'interdisciplinarité et de prise de décision partagée en est l'ingrédient essentiel.

(c) L'hôpital magnétique est conçue sur la base de la complémentarité entre le corps administratif, le corps soignant et le corps médical, considérant qu'« *en dehors de cette conception de la structuration du pouvoir, rien ne peut changer* » (McClure et al., 1983). La structure de décision est plate et décentralisée, pour favoriser le partage du pouvoir et garantir à chacun la maîtrise du contenu de son travail et son autonomie professionnelle. McClure et al. rejoignent ainsi le point de vue de Rollo May (1972), selon lequel « *le pouvoir est l'aptitude à opérer ou prévenir le changement* ». Il ne s'agit pas d'une recherche du pouvoir pour le pouvoir, qui serait un pouvoir « *exploiteur* » (*pouvoir en tant que force*), ou un pouvoir « *manipulateur* » (*pouvoir « sur »*), ou même un pouvoir « *compétitif* » (*pouvoir « contre »*). L'exercice magnétique du pouvoir prend la forme d'un pouvoir « *nourricier* » et « *intégrateur* » (*pouvoir « pour » et « avec »*), qui découle de la préoccupation pour le bien-être du groupe dont la personne a la responsabilité, et qui à partir d'une approche non violente de la critique, de la différence et du conflit favorise la prise de conscience, la responsabilisation et la coopération.

4. Quels sont les effets attendus du magnétisme hospitalier ?

Les propriétés positives magnétiques dépassent la fidélisation des personnels soignants et portent également sur la qualité, la sécurité et l'efficacité hospitalière.

Dans le domaine de la sécurité et de la santé mentale au travail, le magnétisme produit un effet protecteur sur les accidents du travail (Aiken & Sloane, 1997), une moins forte exposition au burn-out, et un moindre absentéisme médical pour motif professionnel (Tigert & Laschinger, 2004). Dans le registre des attitudes et des états psychologiques ressentis par les soignants, le magnétisme élève la satisfaction et l'implication au travail, réduit l'intention de quitter (Rondeau & Wagar, 2006; Stone et al., 2007), protège des conflits travail-famille (Ko, 2013), améliore la qualité et la productivité perçue des soins (Kramer et al., 2011), rend le climat de sécurité perçue plus fort (Armstrong & Laschinger, 2006).

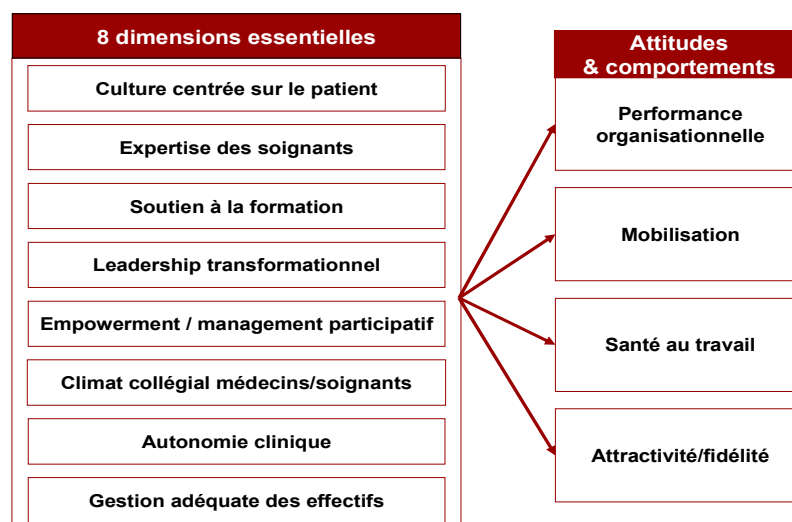
En matière de performance des soins, les hôpitaux magnétiques démontrent une capacité supérieure pour obtenir des taux de mortalité plus faibles, une satisfaction des patients plus élevée, des plaintes moins fréquentes des patients et de leur famille, et des indicateurs de qualité meilleurs quels que soient les domaines de soins envisagés (Aiken et al. 2000). Plus récemment, du fait d'une pression accrue sur la sécurisation des épisodes de soins, des travaux montrent que le magnétisme coïncide avec des erreurs de soins moindres (Lake et al., 2010).

5. Quel est le modèle de l'hôpital magnétique ?

La compilation des résultats des travaux empiriques permet d'explicitier le modèle synthétique du *Magnet Hospital*. S'agissant d'un cadre intégrateur de la performance globale d'un établissement hospitalier, son modèle est de type causes-conséquences, à effets attitudeux et comportementaux directs et positifs. Il associe aux 8 dimensions essentielles du magnétisme de Kramer et Schmalenberg, les résultats suivants (*illustration*) :

- une meilleure performance des soins (qualité et sécurité des soins, satisfaction des patients) ;
- une plus grande mobilisation des soignants (satisfaction au travail, implication professionnelle, effort productif) ;
- une meilleure santé physique et mentale (accidents du travail, accidents d'exposition au sang, burn-out) ;
- une plus grande attractivité et fidélité à l'organisation (absentéisme, intention de rester, turnover).

Illustration : Modèle synthétique des causes-conséquences du *Magnet Hospital*



6. Le magnétisme hospitalier est-il transférable ?

Le modèle synthétique précédent du *Magnet Hospital* s'appuie sur des caractéristiques contextuelles de nature différente. D'une part, il présente une forme structurelle du magnétisme constituée de variables organisationnelles qui fixent les politiques de gestion des ressources humaines (recrutement et intégration, formation et qualification, promotion et plan de carrière, horaires et conditions de travail). Ces règles organisationnelles pourraient limiter en partie la transposition contextuelle du concept, dans la mesure où elles s'appuient sur la réalité hospitalière nord-américaine.

Il existe d'autre part un climat spécifique de travail au sein des unités de soins qui s'appuie sur un type de management qualitatif. Ce type de management apparaît davantage transférable. Il combine :

- d'abord le leadership transformationnel de l'encadrement de proximité, caractérisant un chef de service stimulant mobilisateur, visionnaire, charismatique et à l'écoute au sens de la théorie de Bass et Avolio (Avolio & Bass, 1991) ;
- ensuite l'empowerment perçu de la participation aux décisions, caractérisant le sentiment d'être en capacité d'agir et de pouvoir contrôler son travail, respectant les théories de l'empowerment psychologique (Conger & Kanungo, 1988; Thomas & Velthouse, 1990) ;
- enfin la collégialité du climat de relations interprofessionnelles, fondée sur la communication ouverte au dialogue, le respect mutuel, la confiance et l'estime réciproque entre médecins et soignants (Kramer & Schmalenberg, 2003).

Selon nos propres travaux menés auprès de 856 professionnels de soin dans 36 services hospitaliers français appartenant à 33 hôpitaux publics et privés français (Sibé, 2014), ce mode relationnel collégial entre médecins et soignants est déterminant pour caractériser un management magnétique. Conformément à la littérature, les attentes des professionnels de santé vis-à-vis du travail d'équipe sont aujourd'hui importantes. Dans l'hôpital-citadelle cloisonnant les relations professionnelles en fonction des appartenances de corps, il importe que les acteurs dépassent les rivalités entre l'approche médicale du *cure* et l'approche soignante du *care*. L'interdépendance croissante des activités médicales et soignantes oblige les acteurs hospitaliers à jouer le jeu du collectif pour mieux prendre en charge le patient. Ils considèrent alors nécessaire d'établir des échanges interprofessionnels de qualité, quitte à s'affranchir des rapports de domination, qui enferment depuis toujours les infirmières dans un modèle de la servante vis-à-vis du médecin.

L'effet marquant d'un tel mode de management est d'activer en priorité le sentiment collectif d'efficacité (Bandura, 2003), et de produire en réaction davantage de bien-être au travail, que ce soit au niveau de la satisfaction et de l'implication au travail ou au niveau de l'intention de rester membre du service. L'anticipation du succès et de la performance de l'équipe médico-soignante constitue pour les professionnels de santé une motivation à agir.

Ce climat relationnel collégial favorise ainsi l'efficacité collective perçue, le mode de management magnétique développant des compétences de mobilisation et de performance des professionnels dans le cadre d'une injonction à coopérer.

7. Quelles sont les implications pratiques en matière de gestion des ressources humaines ?

Au moment où les organisations publiques et privées française et européenne mettent en œuvre systématiquement des programmes de prévention des risques psychosociaux (*RPS*) pour répondre aux enjeux de santé et de sécurité au travail (Alis et al., 2010), la thèse soutenue par l'hôpital magnétique prend une acuité particulière. Elle ouvre une perspective originale basée sur le développement du bien-être au travail et des capacités positives des organisations. Nos voisins européens, tel le *National Health Service* britannique, sont dans le même état d'esprit vis-à-vis de l'amélioration de la qualité de vie au travail (*QVT*) : « *se concentrer de manière positive sur le bien-être implique une approche davantage stratégique et préventive, plutôt que de réagir simplement aux problèmes de santé* » (Boorman, 2009). En France, un rapport récent sur les conditions d'émergence du bien-être au travail invite aussi à dépasser la vision des relations au travail vécues strictement sous l'angle du stress : « *le vrai enjeu est le bien-être des salariés et leur valorisation comme principale ressource de l'entreprise* » (Lachmann et al., 2010).

La nature profonde de l'hôpital magnétique doit encourager les managers à poursuivre selon cette approche qui renforce l'attrait pour un management des attitudes positives au travail et qui rompt avec l'approche pathogénique de l'organisation. Mettre en lumière des situations harmonieuses de travail alimente l'expérience positive des individus, agissant comme une prophétie auto-réalisatrice à la manière d'un effet pygmalion. Le travail est aussi source de plaisir, d'implication, d'élévation. L'individu y expérimente ses propres capacités de création, de développement et de maîtrise des compétences. En résumé, la démarche du magnétisme hospitalier offre l'opportunité aux managers de changer de posture face aux enjeux de la souffrance au travail, en insistant sur la dimension « *salutaire* » du travail et des émotions positives qu'il procure.

D'un point de vue pratique, l'hôpital magnétique doit inspirer l'actualisation des politiques RH de l'hôpital et leur donner une dimension stratégique en conditionnant la qualité des soins à l'amélioration de la qualité de vie au travail. L'hôpital « aimant » vise à réconcilier les normes et pratiques de management avec le souci d'humanisation du travail. Les principaux processus RH doivent être revisités dans cette perspective :

- **une politique de recrutement** qui veille à sélectionner des professionnels qualifiés en nombre suffisant³. L'objectif recherché est l'adéquation de la gestion des effectifs à la charge de travail, en tenant compte des spécialités de chacun et des besoins de sécurité et de qualité des soins du patient. Les hôpitaux magnétiques limitent le recours à l'intérim et à la polyvalence des soignants pour préserver la stabilité des équipes et développer la confiance interprofessionnelle. L'appel à une équipe volante de remplacement pallie les besoins ponctuels en personnel.

- **une politique d'intégration des nouveaux personnels**, bâtie sur-mesure selon le profil professionnel individuel de la recrue à partir d'une évaluation initiale de son niveau de compétence. Il s'agit de s'appuyer sur les professionnels expérimentés déjà en poste, par une méthode de mentorat, désignant des tuteurs chargés de transmettre les bonnes pratiques cliniques et les valeurs de l'établissement.

- **une politique de formation** qui soutient activement les besoins de qualification des agents par l'octroi de moyens (*financements, bourses, jours de congé*), par l'animation de séminaires grâce aux ressources internes de l'établissement et par l'interaction active avec le milieu de la recherche.

- **une politique de rémunération** prônant des mesures de reconnaissance qui encouragent l'innovation (*prix de reconnaissance, bourses pour des projets novateurs, jour de congé exceptionnel, manifestation festive*), mais qui n'a « rien d'exceptionnel ou de hors normes » (Brunelle, 2009). L'acquisition de compétences supplémentaires doit être récompensée par un avancement de carrière, qui reconnaît l'éventail des spécialités médicales, soignantes et même managériales. Ces dispositifs influencent positivement la prise de responsabilités et le développement de pôles d'expertises (*transfusion sanguine, escarres, hygiène hospitalière, soins de plaie, prise en charge des patients diabétiques, déments, agressifs ...*).

- **une politique d'amélioration des conditions de travail** qui porte le souci du bien-être des professionnels (*espaces de détente, pause-santé, accès à une cafétéria, services de conciergerie, garderies, aide au transport, flexibilité des horaires*).

- **une politique de responsabilisation et de développement des compétences des managers** : l'encadrement de proximité, chefs de services, cadres de santé, mais aussi les médecins jouent un rôle clé pour reconnaître l'importance du collectif et développer le sentiment d'efficacité des soins. A ce titre le développement de la formation au management des médecins et des cadres de santé et la mise en œuvre de dispositifs de gestion des compétences collectives, notamment par l'ouverture d'espaces

³ Les études successives de McClure et al. ont montré que les hôpitaux magnétiques se caractérisent par un ratio élevé d'infirmières/patients (McClure et al., 1983, 2002).

de discussion sur le travail (Detchessahar, 2009) sont fortement à encourager. Ils sont le vecteur d'un contexte magnétique alliant performance et mobilisation du service tout en ayant des retombées potentielles sur l'attractivité et la fidélisation des professionnels.

Certaines pratiques RH sont déjà en œuvre au sein de certains établissements de santé français. D'autres ne le sont pas. Un chantier de réflexion doit s'ouvrir pour juger dans quelle mesure de telles dispositions peuvent être ajoutées ou étendues, en tenant compte des marges de manœuvre réelles règlementaires, organisationnelles et financières disponibles. Ce thème des hôpitaux magnétiques constitue un terrain fertile pour favoriser les expérimentations et le développement de relations sociales positives.

In fine, l'hôpital magnétique pose les bases d'un hôpital « *exemplaire* » en accord avec les valeurs actuellement affichées par le Pacte de confiance du Ministère de la santé (Couty & Scotton, 2013) : l'humanisme et la compétence professionnelle, le respect de la personne soignée, la solidarité et le respect de l'autre dans les relations professionnelles, la fierté, l'engagement et la reconnaissance des personnels. Cette démarche invite ainsi les managers à prendre appui sur les capacités organisationnelles et managériales positives existantes, qui garantissent l'accomplissement des missions hospitalières tout en prenant soin de leurs patients comme de leurs personnels. Même si certaines recommandations peuvent apparaître simples et triviales (dans le cadre d'une vision "positive"), cette démarche est assise sur des travaux solides et gagne à être mise en œuvre avec des programmes de formations dédiés. La qualité de la formalisation et des outils disponibles ainsi que l'assise académique des travaux devraient faciliter cette appropriation (Sibé, 2014).

Bibliographie

Aiken, L., Havens, D., & Sloane, D. (2000). The Magnet Nursing Services Recognition Program: a comparison of two groups of magnet hospitals. *American Journal of Nursing*, 100(3), 26-36.

Aiken, L. H., & Patrician, P. A. (2000). Measuring Organizational Traits of Hospitals: The Revised Nursing Work Index. *Nursing Research*, 49(3), 146-153.

Aiken, L., & Sloane, D. (1997). Effects of Organizational Innovations in AIDS Care on Burnout Among Urban Hospital Nurses. *Work & Occupations*, 24(4), 453-477.

Alis, D., Dumas, M., & Poilpot-Rocaboy, G. (2010). *Risques et souffrance au travail: Nouvelles contraintes, nouveaux remèdes*. Paris: Dunod.

ANCC. (2008). *Magnet Recognition Program: Application Manual*. American Nurses Credentialing Center.

- Armstrong, K. J., & Laschinger, H. (2006). Structural Empowerment, Magnet Hospital Characteristics, and Patient Safety Culture - Making the Link. *Journal of Nursing Care Quality*, 21(2), 124-132.
- Avolio, B. J., & Bass, B. (1991). *The Full Range Leadership development programs: Basic and advanced manuals*. New York: Bass, Avolio & Associates.
- Bandura, A. (2003). *Auto-efficacité: le sentiment d'efficacité personnelle*. De Boeck Supérieur.
- Boorman, S. (2009). *NHS Health and Well-being: Final Report* (p. 37). National Health Services.
- Brunelle, Y. (2009). Les hôpitaux magnétiques: un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner. *Pratiques et organisation des soins*, 40(1), 39-48.
- Canasse, S. (2009). Comment rendre un hôpital attractif ? *Revue Hospitalière de France*, (6), 14-17.
- Conger, J. A., & Kanungo, R. N. (1988). The Empowerment Process: Integrating Theory and Practice. *Academy of Management Review*, 13(3), 471-482.
- Couty, E., & Scotton, C. (2013). *Le Pacte de confiance pour l'hôpital - Synthèse des travaux* (p. 76). Ministère des affaires sociales et de la santé.
- Detchessahar, M. (2009). *Les déterminants organisationnels et managériaux de la santé au travail* (Rapport étude SORG) (p. 790). Agence Nationale de la recherche.
- Estryn-Behar, M. (2008). *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*. Presses de l'École des hautes études en santé publique.
- Estryn-Behar, M., Leimdorfer, F., & Picot, G. (2011). Comment des médecins hospitaliers apprécient leurs conditions de travail. *Revue française des affaires sociales*, n° 4(4), 27-52.
- Ko, Y. K. (2013). Relationship of Nurse Practice Environment and Work-Family Conflict to Job Satisfaction in Hospital Nurses in Korea. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*, 19(2), 207
- Kramer, M., Maguire, P., & Brewer, B. B. (2011). Clinical nurses in Magnet hospitals confirm productive, healthy unit work environments. *Journal of Nursing Management*, 19(1), 5-17.
- Kramer, M., & Schmalenberg, C. (2003). Securing « good » nurse physician relationships. *Nursing Management*, 34(7), 34-38.
- Kramer, M., & Schmalenberg, C. (2004). Development and evaluation of Essentials of Magnetism tool. *Journal of Nursing Administration*, 34(7/8), 365-378.
- Lachmann, H., Larose, C., & Penicaud, M. (2010). *Bien-être et efficacité au travail—10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail* (p. 19). La documentation française.
- Lake, E., Shang, J., Klaus, S., & Dunton, N. (2010). Patient falls: association with hospital magnet status and nursing unit staffing. *Research in Nursing & Health*, 33(5), 413-425.
- Lundmark, V. (2008). Magnet environments for professional nursing practice. *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses*, 3.
- McClure, M. (2005). Magnet hospitals: insights and issues. *Nursing Administration Quarterly*, 29(3), 198-201.
- McClure, M., Poulin, M., Sovie, M., & al. (1983). Magnet hospitals: attraction and retention of professional nurses. Kansas City, MO: American Nurses' Association.
- McClure, M., Poulin, M., Sovie, M., & al. (2002). Magnet hospitals: attraction and retention of professional nurses (the original study). In: McClure ML, Hinshaw AS, eds. *Magnet hospitals revisited: attraction and retention of professional nurses* (p. 1-24). Washington, DC: American Nurses Publishing.

- Pronost, A.-M. (2010). L'engagement du cadre de santé pour un « hôpital attractif ». *Santé Mentale*, (153), 72-75.
- Rondeau, K., & Wagar, T. (2006). Nurse and resident satisfaction in magnet long-term care organizations: do high involvement approaches matter? *Journal of Nursing Management*, 14(3), 244-250.
- Sibé, M. (2014). *L'hôpital magnétique : définition, conceptualisation, attributs organisationnels et conséquences perçues sur les attitudes au travail* (Doctorat de Sciences de Gestion, sous la direction de D. Alis). Rennes 1, Rennes.
- Stone, P., Mooney-Kane, C., Larson, E., Horan, T., Glance, L., Zwanziger, J., & Dick, A. (2007). Nurse working conditions and patient safety outcomes. *Medical Care*, 45(6), 571-578.
- Thomas, K. W., & Velthouse, B. A. (1990). Cognitive Elements of Empowerment: An « Interpretive » Model of Intrinsic Task Motivation. *Academy of Management Review*, 15(4), 666-681.
- Tigert, J., & Laschinger, H. (2004). Critical care nurses' perceptions of workplace empowerment, magnet hospital traits and mental health. *Dynamics*, 15(4), 19-23.
- Upenieks, V. (2002). Assessing differences in job satisfaction of nurses in magnet and nonmagnet hospitals. *Journal of Nursing Administration*, 32(11), 564-576.