

UNIVERSITÉ DE TOURS

ÉCOLE DOCTORALE : Humanités & Langues (H&L)

E.E. 1901 QUALité de vie et santé PSYchologique (QualiPsy)

THÈSE présentée par : **Baptiste COUGOT**

soutenue le : **29 octobre 2021**

pour obtenir le grade de : **Docteur de l'université de Tours**

Discipline / Spécialité : **Psychologie**

LEADERSHIP HABILITANT :

Modélisation bifactorielle et étude de ses relations avec des indicateurs psychologiques et biologiques de la santé

THÈSE co-dirigée par :

Monsieur GILLET Nicolas
Madame MORET Leïla

Maître de conférences HDR en psychologie, Université de Tours
Professeure en santé publique, Université de Nantes

Co-encadrement par :

Monsieur TRIPODI Dominique

Médecin du travail, Centre Hospitalier Universitaire de Nantes

RAPPORTEURS :

Madame BATTISTELLI Adalgisa
Madame JEOFFRION Christine

Professeure en psychologie, Université de Bordeaux
Professeure en psychologie, Université Grenoble Alpes

PRÉSIDENT DU JURY :

Madame JEOFFRION Christine

Professeure en psychologie, Université Grenoble Alpes

JURY :

Madame BATTISTELLI Adalgisa
Monsieur BOUDRIAS Jean-Sébastien
Monsieur COLOMBAT Philippe
Monsieur GILLET Nicolas
Madame JEOFFRION Christine
Madame MORET Leïla
Monsieur ROQUELAURE Yves
Monsieur TRIPODI Dominique

Professeure en psychologie, Université de Bordeaux
Professeur en psychologie, Université de Montréal (Canada)
Professeur en hématologie, Université de Tours
Maître de conférences HDR en psychologie, Université de Tours
Professeure en psychologie, Université Grenoble Alpes
Professeure en santé publique, Université de Nantes
Professeur en médecine du travail, Université d'Angers
Médecin du travail, Centre Hospitalier Universitaire de Nantes

Texte imprimé par le service reprographie
du CHU de Nantes (France) en 2021.



*« A force de sacrifier l'essentiel pour l'urgent, on finit par oublier
l'urgence de l'essentiel »*

Edgar Morin

Remerciements

Je tiens à remercier chaleureusement mes deux directeurs de thèse pour leur accompagnement très complémentaire, tout au long de ce travail. Pour commencer, je remercie Nicolas Gillet, maître de conférences HDR, de m'avoir fait bénéficier de son expertise en psychologie du travail. Sa direction exigeante et engagée, associant soutien à l'autonomisation, conseils et recadrages, m'a permis de me développer avec une forte motivation autonome, tout en intégrant les exigences et les contraintes qu'impose un exercice scientifique rigoureux.

J'adresse également ma gratitude à Leïla Moret, professeur universitaire, pour m'avoir fait bénéficier de son expertise en santé publique, et plus généralement pour m'avoir toujours soutenu dans l'institution depuis mon arrivée au CHU, y compris dans les moments les plus difficiles. Sa direction soutenante, toujours optimiste et encourageante, m'a permis de trouver les ressources organisationnelles et personnelles pour tenir bon dans la réalisation de ce travail de thèse.

Je tiens également à remercier chaleureusement Dominique Tripodi, médecin du travail PhD, pour son encadrement sur les enjeux de médecine et de santé au travail. Plus généralement, je le remercie d'avoir cru en moi et de m'avoir toujours encouragé à me dépasser, tout en m'offrant un beau terrain d'expression dans son service de santé au travail et de pathologie professionnelle.

Un grand merci également à Kalyane Bach-Ngohou, maître de conférences, et à Thierry Bompoil, coordinateur d'étude, pour leurs conseils et leur accompagnement sur les aspects biologiques de la santé et la mesure de ces mécanismes. Je remercie aussi Pascal Caillet pour son soutien et ses précieux conseils en statistiques.

Au-delà de ce travail de thèse, je tiens à remercier tous les chercheurs et collègues investis dans le comité scientifique et l'investigation du projet de recherche PREPS Chrysalide. Merci à Jules Gauvin (coordinateur d'étude), Nicolas Gillet (coordinateur en psychologie du travail), Isaac Getz (coordinateur en management), Dominique Tripodi (coordinateur médical), Kalyane Bach-Ngohou (coordinateur en biologie), Leïla Moret (méthodologiste), Ghazlane Fleury-Bahi (méthodologiste), Xavier Deparis (méthodologiste), Pascal Caillet (méthodologiste), Florian Ollierou (psychologue du travail associé), Anne Armant (sociologue associé), Johan Lesot (médecin du travail associé) et Claire Longuenesse (médecin du travail associé).

J'adresse également ma profonde gratitude aux infirmiers, médecins et étudiants en psychologie qui ont mis en œuvre les recueils de données du PREPS Chrysalide. Merci à Solenn Renault, Jeremy Thureau, Annaïs Thureau, Anna Hommage, Loïc Louisy, François Léger, Pierre-Alban Pioch, Amélie Mear, Gueric Fourneau, Mickael Humilier, Claire Gordeeff, Annaël Joubert, Kiliane Charbonnel, Hugo Normand, Antoine Tastayre, Mélanie Gendron, Lucille Bouleury, Arthur Peltier, Lola Garcia Dupuis.

Évidemment, je tiens à remercier, mais aussi à féliciter le courage de l'équipe de psychosociologues qui a mis en œuvre l'accompagnement du PREPS Chrysalide sur le terrain. Félicitations à Arnaud Le Cun, Florian Ollierou, Marine Robert, Thomas Sterchi, et bien entendu, félicitations à Jules Gauvin. Toujours sur le volet de l'intervention, un grand merci à Christophe Collignon et à Alexandre Gérard, dirigeants d'entreprises libérées, pour leur générosité, leurs précieux conseils, et leur engagement dans l'accompagnement.

Je tiens également à adresser ma profonde gratitude à Luc-Olivier Machon et Jean-Claude Vallée, respectivement directeur des ressources humaines et coordonnateur général des soins au CHU de Nantes. Sans leur soutien directorial et leur confiance, le projet PREPS Chrysalide et ce travail de thèse n'auraient pas pu exister au CHU de Nantes.

Plus généralement, je remercie tous les directeurs, les managers et les professionnels des équipes pour leur participation aux études du PREPS Chrysalide. Merci également à l'équipe du service de santé au travail du CHU de Nantes. Pour leur soutien dans la conduite du PREPS, merci à Nicole Fonteneau, Françoise Arzel, Françoise Caillé, Béatrice Gautier-Cassegrain, Karine Ergand, Loriane Tatinclaux, Claire Gordeeff, Véronique Guegan, Claire Longuenesse, Marie-Brigitte Orgerie, Noëlle Brule, Virginie Nael et Stéphanie Grégoire. J'adresse également mes remerciements à l'équipe du service de santé au travail de Nantes Métropole pour son accueil chaleureux et sa contribution à la recherche. Merci en particulier à Jane Ouvrard, Marie-Laure Sauvage, Valérie Roux, Matthieu Farcis, Martine de Queiroz, Nadia Bouchot, Christine Coulonnier, Chantale Kerlau, Dominique Lecointre, Marine Chasseriau.

Je remercie affectueusement tous ceux de mes proches et amis qui ont su se montrer compréhensifs et patients face à l'indisponibilité que peut induire le travail doctoral. Merci en particulier à Étienne, Nicolas, Benoit, Mélissa, Julie, Fanny, Gabrielle, Arnaud, Pauline, Anne, Aïda, Alexis, Coralie, Cléo, Adrien, Ariane, Pauline, Simon, Yannick, Jane, Erwan, Justine, Gwen, Enora, Mica,

Charlotte, et bien entendu, merci à toute ma famille, à commencer par mes parents, mes deux sœurs et mes beaux-frères.

J'adresse également ma profonde gratitude à mes colocataires, pour leur adaptabilité, leur bienveillance et leur soutien inconditionnel dans les moments difficiles. Merci à Jules, Pauline, Nico et Lulu.

Pour finir, je remercie Mathilde avec toute mon affection.

Résumé

Le leadership habilitant (LH) connaît un intérêt croissant dans les organisations. Pourtant, ses effets sur la santé sont peu étudiés. En outre, certains travaux montrent que le LH peut avoir des effets positifs et négatifs, selon que les conduites habilitantes soient mises en œuvre de manière combinée ou isolée. En s'appuyant sur une approche bifactorielle, ce travail étudie l'effet des facteurs globaux et spécifiques du LH sur la santé. Trois études sont présentées : (1) une étude transversale sur l'effet du LH sur la santé psychologique, (2) une étude transversale sur l'effet du LH sur la santé biologique, et (3) une étude expérimentale sur l'effet du LH sur l'évolution de la santé psychologique au cours d'une année. L'ensemble des conduites de LH montre systématiquement un effet positif sur la santé, tant au plan psychologique que biologique. Néanmoins, nos analyses révèlent que la mise en œuvre de certaines conduites de LH peut augmenter le stress perçu et l'épuisement émotionnel, en particulier l'incitation à l'autonomisation. Nos résultats invitent à considérer la promotion du LH dans les organisations comme de véritables campagnes de prévention dans le champ de la santé au travail.

Abstract

Empowering leadership (EL) is becoming more and more popular within organizations. Yet, its effects on health are not very well known. Moreover, some studies suggest EL can have negative effects, depending on whether all the empowering behaviors are implemented in combination or in isolation. Using bifactorial approach, this research investigates the effect of global and EL-specific factors on health. Three studies are presented: (1) a cross-sectional study of the effect of EL on psychological health, (2) a cross-sectional study of the effect of EL on biological health, and (3) an experimental study of the effect of EL on changes in psychological health over one year. The combination of all EL behaviors consistently shows a positive effect on health, both psychological and biological. However, our analyses reveal that implementation of certain EL behaviors can increase perceived stress and emotional exhaustion, particularly the empowerment incentives. Our results invite us to consider the promotion of EL in organizations as true prevention campaigns in the field of occupational health.

Table des matières

Remerciements	7
Résumé	10
Abstract	11
Table des matières	13
Liste des abréviations	18
Liste des tableaux	20
Liste des figures	21
1. INTRODUCTION	23
1.1. Éléments de contexte	23
1.2. Le leadership Habilitant (LH)	25
1.2.1. Motivation intrinsèque et habilitation psychologique : développement du leadership habilitant (LH)	25
1.2.2. Leadership habilitant (LH) – définitions conceptuelles	30
1.2.3. Apport des analyses bifactorielles – l’hypothèse d’un facteur global de LH et de facteurs spécifiques	32
1.3. LH, attitudes et comportements	37
1.3.1. LH et satisfaction professionnelle	38
1.3.2. LH et performance au travail	41
1.3.3. LH et intention de quitter son emploi	46
1.4. LH et santé	49
1.4.1. Un manque de données et une littérature contrastée	49
1.4.2. Management et santé au travail	51
1.4.2.1. <i>Du stress perçu à l’épuisement émotionnel</i>	52
1.4.2.2. <i>Affects négatifs et affects positifs</i>	55
1.4.2.3. <i>Synthèse : Deux mécanismes psychobiologiques complémentaires pour l’étude du lien entre LH et santé</i>	61
1.4.3. Réflexion théorique et hypothèses sur le lien entre le LH et la santé	66
1.4.3.1. <i>Délégation, responsabilisation et issues de santé négatives et positives</i>	66
1.4.3.2. <i>Conduites de soutien du LH et issues de santé positives et négatives</i>	68
1.4.3.3. <i>Ensemble des conduites de LH et issues de santé négatives et positives</i>	70
1.4.3.4. <i>Synthèse et réflexion sur l’intérêt d’un modèle bifactoriel dans l’étude du lien entre LH et santé</i>	71
1.5. LH et conflits travail/famille	74

1.5.1.	Conflits travail/famille et santé	74
1.5.2.	Réflexion théorique sur le lien entre le LH et les conflits travail/famille	76
1.5.2.1.	<i>Exigences professionnelles et conflits travail/famille</i>	76
1.5.2.2.	<i>Ressources professionnelles et conflits travail/famille</i>	78
1.5.2.3.	<i>Management et conflits travail/famille</i>	79
1.5.2.4.	<i>Hypothèses sur le lien entre le LH et les conflits travail/famille</i>	80
1.6.	Études interventionnelles sur le LH	82
1.6.1.	Les interventions existantes : intérêt de la formation, de l'expérimentation directe et du coaching	83
1.6.2.	Arguments pour un mode d'intervention plus systémique sur le LH.....	86
1.7.	Perspectives d'études pour la thèse	91
2.	ÉTUDE 1 : GLOBALITÉ ET SPÉCIFICITÉ DU LEADERSHIP HABILITANT AUPRÈS DES SALARIÉS DE NANTES MÉTROPOLE	97
2.1.	Introduction	97
2.1.1.	Objectif 1 – test d'un modèle bifactoriel du LH.....	97
2.1.2.	Objectif 2 – étude de la relation entre LH et santé	99
2.1.3.	Objectif 3 – LH, attitudes et comportements.....	99
2.2.	Méthode	100
2.2.1.	Participants et procédure	100
2.2.2.	Mesures	104
2.2.2.1.	<i>Le leadership habilitant (LH)</i>	104
2.2.2.2.	<i>Le stress perçu</i>	106
2.2.2.3.	<i>L'épuisement émotionnel</i>	106
2.2.2.4.	<i>Les affects négatifs et positifs</i>	106
2.2.2.5.	<i>Les conflits travail/famille</i>	107
2.2.2.6.	<i>La satisfaction professionnelle</i>	107
2.2.2.7.	<i>La performance individuelle autoévaluée</i>	107
2.2.2.8.	<i>L'intention de quitter l'organisation</i>	107
2.2.3.	Analyses	108
2.2.3.1.	<i>Échantillon d'analyse</i>	108
2.2.3.2.	<i>Modélisation de la structure factorielle du LH</i>	108
2.2.3.3.	<i>Comparaison des modèles sur la base des indices d'ajustement</i>	112
2.2.3.4.	<i>Comparaison des modèles sur la base des valeurs des paramètres estimés</i>	113
2.2.3.5.	<i>La relation entre le LH et les covariables</i>	115
2.3.	Résultats	115

2.3.1.	Modélisation du LH.....	115
2.3.1.1.	<i>CFA Versus ESEM</i>	116
2.3.1.2.	<i>ESEM versus BESEM</i>	118
2.3.2.	Modèle prédictif	119
2.4.	Discussion et conclusion	122
3.	ÉTUDE 2 : EFFET DU LH SUR LE STRESS PERÇU ET LES MÉCANISMES BIOLOGIQUES DE LA RÉPONSE AU STRESS	129
3.1.	Introduction	129
3.1.1.	Objectif 1 – Confirmation de la structure bifactorielle du LH	132
3.1.2.	Objectif 2 – Étude du lien entre le LH et le stress perçu	132
3.1.3.	Objectif 3 – Étude du lien entre le LH et les mécanismes biologiques de la réponse au stress	133
3.2.	Méthode	135
3.2.1.	Contexte.....	135
3.2.2.	Participants et procédure de recueil du cortisol salivaire	136
3.2.3.	Mesures psychométriques exploitées dans cette étude.....	139
3.2.3.1.	<i>Le LH</i>	139
3.2.3.2.	<i>Le stress perçu</i>	139
3.2.3.3.	<i>Les variables contrôles</i>	139
3.2.4.	Analyses	139
3.2.4.1.	<i>Modélisation du LH</i>	139
3.2.4.2.	<i>Etude de l'effet du LH sur le stress perçu et le cortisol</i>	140
3.2.4.2.1.	La méthode de l'imputation multiple	140
3.2.4.2.2.	Éléments généraux sur les modèles estimés	141
3.2.4.2.3.	Étude de l'effet du LH.....	142
3.3.	Résultats	143
3.3.1.	Confirmation de la structure BESEM du LH	143
3.3.1.1.	CFA versus ESEM	144
3.3.1.2.	ESEM versus BESEM.....	146
3.3.1.3.	Modèle de mesure du LH et du stress perçu.....	148
3.3.2.	Imputation des données manquantes du cortisol	149
3.3.3.	Effet du LH sur le stress perçu	150
3.3.4.	Effet du LH sur le cortisol et médiation par le stress perçu	152
3.4.	Discussion et conclusion	154
3.4.1.	Modélisation du LH.....	154

3.4.2.	Effet du LH sur le stress perçu	155
3.4.3.	Effet du LH sur le cortisol salivaire au réveil.....	158
3.4.4.	Limites et perspectives	166
4.	ÉTUDE 3 : EFFETS DE L'INTERVENTION CHRYSALIDE SUR L'ÉVOLUTION DU LH ET DE L'ÉPUISEMENT ÉMOTIONNEL AU COURS D'UNE ANNÉE.....	168
4.1.	Introduction	168
4.1.1.	Objectif 1 – Confirmation longitudinale d'un modèle bifactoriel du LH.....	170
4.1.2.	Objectif 2 – Conception d'une nouvelle intervention et effets sur le LH.....	171
4.1.3.	Objectif 3 – L'effet du LH sur la santé.....	172
4.2.	Méthode.....	174
4.2.1.	Contexte et plan d'étude.....	174
4.2.2.	Description du CHU et recrutement des PHU.....	175
4.2.3.	Collecte des données et randomisation.....	177
4.2.4.	Procédure expérimentale	179
4.2.4.1.	<i>Logique générale de l'intervention</i>	<i>179</i>
4.2.4.2.	<i>Grandes étapes de l'intervention.....</i>	<i>180</i>
4.2.4.3.	<i>Procédure dans le PHU contrôle</i>	<i>185</i>
4.2.5.	Participants à l'étude	186
4.2.6.	Mesures exploitées dans cette étude.....	189
4.2.6.1.	<i>Le leadership habilitant (LH).....</i>	<i>189</i>
4.2.6.2.	<i>L'épuisement émotionnel.....</i>	<i>189</i>
4.2.7.	Analyses	189
4.2.7.1.	<i>Modélisation du LH.....</i>	<i>189</i>
4.2.7.2.	<i>Étude de l'invariance du LH et de l'épuisement émotionnel.....</i>	<i>190</i>
4.2.7.3.	<i>Étude de l'effet de l'intervention sur l'évolution du LH et de l'épuisement.....</i>	<i>193</i>
4.2.7.3.1.	<i>Le choix des modèles linéaires mixtes (MLM)</i>	<i>193</i>
4.2.7.3.2.	<i>Éléments généraux sur les modèles estimés</i>	<i>194</i>
4.2.7.3.3.	<i>Étude de l'effet de l'intervention.....</i>	<i>195</i>
4.3.	Résultats	196
4.3.1.	Confirmation de la structure BESEM du LH	196
4.3.1.1.	<i>CFA versus ESEM</i>	<i>197</i>
4.3.1.2.	<i>ESEM versus BESEM.....</i>	<i>199</i>
4.3.1.3.	<i>Confirmation du modèle BESEM du LH à T1</i>	<i>201</i>
4.3.2.	Invariance du LH et de l'épuisement à T0 et à T1	203

4.3.3.	Effet de l'intervention sur le LH	206
4.3.4.	Effet de l'intervention sur l'épuisement et médiation par le LH.....	210
4.3.4.1.	<i>Effet du LH sur l'épuisement émotionnel</i>	211
4.3.4.2.	<i>Effet de l'intervention sur l'épuisement émotionnel</i>	216
4.3.4.3.	<i>Effet médiateur de l'évolution du FG LH</i>	216
4.4.	Discussion et conclusion	218
4.4.1.	Modélisation du LH.....	218
4.4.2.	Effet de l'intervention	220
4.4.3.	Effet du LH sur l'épuisement émotionnel	228
4.4.4.	Limites et perspectives	232
5.	DISCUSSION GÉNÉRALE	234
5.1.	Modélisation bifactorielle du LH	234
5.2.	Les conduites habilitantes et la responsabilisation	237
5.3.	Effet du LH sur les attitudes, les comportements et la santé	240
5.4.	Transformation des pratiques managériales vers l'habilitation, dans les grandes organisations	248
6.	CONCLUSION	254
6.1.	Perspectives scientifiques	254
6.2.	Implications pratiques	257
Annexes	260
Bibliographie	287
Résumé	331
Abstract	331

Liste des abréviations

ACTH	Hormone adrénocorticotrophine
ALOE	Projet « allostatic load of empowerment »
AS	Aides-soignants
ASH	Agents de service hospitaliers
BCFA	Modèle bifactoriel avec une analyse factorielle confirmatoire
BESEM	Modèle bifactoriel en équation structurelle exploratoire
CCI	Coefficient de corrélation intra-classe
CDD	Contrat à durée déterminée
CDI	Contrat à durée indéterminée
CFA	Analyse factorielle confirmatoire
CFI	Indice de comparaison d'ajustement
CHSCT	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CHU	Centre hospitalier universitaire français
COFIL	Comité de pilotage
COVID-19	Maladie à coronavirus 2019
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
ED	Exigences relevant du défi
EE	Exigences entravantes
EFA	Analyses factorielles exploratoires
ESEM	Modélisation en équation structurelle exploratoire
FG	Facteur global
FIML	Méthode du maximum de vraisemblance à information complète
FS	Facteur spécifique
GNEDS	Groupe nantais d'éthique dans le domaine de la santé
HAS	Haute autorité de santé
HC	Habilitation comportementale
HHS	Axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien
IDE	Infirmier diplômé d'état
INRS	Institut national de recherche et de sécurité
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IPT	Influence négative de la sphère privée sur le travail
ITP	Influence négative du travail sur la sphère privée
LC-MSMS	Technique « liquid chromatography-tandem mass spectrometry »
LEBQ	Questionnaire « leader empowering behaviour questionnaire »
LH	Leadership habilitant
MCR	Modèle des contraintes et des ressources
MCV	Maladie cardio-vasculaire
MER	Modèle des efforts et de la récupération
MLM	Modèles linéaires mixtes
MLR	Maximum de vraisemblance avec estimation robuste des erreurs standards
MRTM	Modèle des ressources travail-maison

PDG	Président directeur général
PH	Potentiel hydrogène
PHU	Pôle hospitalier universitaire
PREPS	Projet de recherche sur la performance du système des soins
QVT	Qualité de vie au travail
RMSEA	Erreur quadratique moyenne d'approximation
SARS-CoV-2	Coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère
SEM	Analyses en équation structurelle
SNPS	Système nerveux parasymphatique
SNS	Système nerveux sympathique
SST	Service de santé au travail
SSTCHU	Service de santé au travail du centre hospitalier universitaire de Nantes
SSTNM	Service de santé au travail de Nantes métropole et de la ville de Nantes
TAD	Théorie de l'autodétermination
TAP	Théorie de l'action planifiée
TCR	Théorie de la conservation des ressources
TLI	Indice de Tucker-Lewis
UF	Unités fonctionnelles
VO2max	Consommation maximale d'oxygène
VRC	Variabilité du rythme cardiaque

Liste des tableaux

Tableau 1. Description de l'échantillon (n = 244)	103
Tableau 2. Version française du LEBQ.....	105
Tableau 3. Indicateurs d'ajustement des modèles de mesure du LH et du modèle prédictif retenu (n = 225).....	115
Tableau 4. Modèles CFA, BCFA, ESEM et BESEM du leadership habilitant (n = 225).....	117
Tableau 5. Corrélations entre facteur latents pour les solutions CFA et ESEM (n = 225).....	118
Tableau 6. Résultats des régressions multiples spécifiées dans le modèle prédictif en équation structurelle.....	120
Tableau 7. Description de l'échantillon des participants au projet ALOE (n = 397)	138
Tableau 8. Indicateurs d'ajustement des modèles de mesure du LH (n = 397)	143
Tableau 9. Modèles CFA, BCFA, ESEM et BESEM du leadership habilitant (n = 397)	145
Tableau 10. Corrélations entre facteurs latents pour les solutions CFA et ESEM (n = 397)	147
Tableau 11. Indicateurs d'ajustement du modèle de mesure du LH (BESEM) et de stress perçu (CFA ; n = 397)	148
Tableau 12. Modèle du LH et du stress perçu (n = 397)	149
Tableau 13. Modèle linéaire hiérarchique du stress perçu (n = 397)	151
Tableau 14. Modèle linéaire hiérarchique du cortisol (analyse combinée sur 20 bases de données imputées, n = 397).....	153
Tableau 15. Modèle linéaire Mc4 du cortisol salivaire (analyse combinée à partir de 20 bases de données imputées).....	162
Tableau 16. Echantillons de l'étude Chrysalide	188
Tableau 17. Indices d'ajustement des modèles de mesure du LH à T0	197
Tableau 18. Modèles CFA, BCFA, ESEM et BESEM du leadership habilitant	198
Tableau 19. Corrélations entre facteur latents pour les solutions CFA et ESEM.....	200
Tableau 20. Indicateurs d'ajustement du modèle BESEM du LH à T1	201
Tableau 21. Modèle BESEM du LH à T1	202
Tableau 22. Indicateurs d'ajustement des modèles de mesure invariants du LH et de l'épuisement émotionnel à T0 et à T1.....	204
Tableau 23. Modèle avec invariance complète du LH et de l'épuisement émotionnel à T0 et à T1 (i.e., invariance des moyennes latentes)	205
Tableau 24. Modèles linéaires mixtes de l'évolution du LH entre T0 et T1.....	207
Tableau 25. Modèles linéaires mixtes de l'évolution du LH entre T0 et T1 (suite)	208
Tableau 26. Modèle mixte hiérarchique de l'évolution de l'épuisement émotionnel entre T0 et T1 ...	213

Liste des figures

Figure 1. Synthèse des relations théoriques entre LH, habilitation psychologique, motivations et issues de santé et de performance	29
Figure 2. Schémas simplifiés des modèles de mesure.....	34
Figure 3. Synthèse empirique des mécanismes reliant LH et satisfaction.....	41
Figure 4. Synthèse empirique des mécanismes de la relation entre LH et performance individuelle ...	46
Figure 5. Synthèse empirique des mécanismes reliant LH et intention de partir	48
Figure 6. Représentation du modèle circomplexe de Russel (1979, 1980, 2003)	58
Figure 7. Synthèse empirique des mécanismes reliant le stress, les affects négatifs, l'épuisement émotionnel et les affects positifs avec la santé.....	65
Figure 8. Modèle hypothétique simplifié des liens entre délégation et responsabilisation du LH et la santé.....	68
Figure 9. Modèle hypothétique simplifié des liens entre le LH et la santé	70
Figure 10. Modèle hypothétique simplifié du lien entre le LH et la santé selon une modélisation bifactorielle.....	73
Figure 11. Modèle hypothétique simplifié des liens entre le LH et les ITP selon une modélisation bifactorielle.....	82
Figure 12. Plan d'étude de la thèse.....	96
Figure 13. Schémas des modèles alternatifs du LH testés.....	111
Figure 14. Distributions du cortisol imputé (rouge) et du cortisol observé (bleu)	150
Figure 15. Représentation de l'effet modérateur du FG LH dans la relation entre le stress perçu et le cortisol.....	163
Figure 16. Représentation de l'effet modérateur du FS responsabilisation dans la relation entre le stress perçu et le cortisol	163
Figure 17. Plan d'étude expérimental du PREPS Chrysalide.....	175
Figure 18. Structure organisationnelle et hiérarchique du CHU accueillant l'étude.	176
Figure 19. Effet de l'intervention sur l'évolution du FG LH	210
Figure 20. Effet du niveau de FG LH à T0 sur l'évolution de l'épuisement émotionnel.....	214
Figure 21. Effet de l'évolution du FG LH sur l'évolution de l'épuisement émotionnel	214
Figure 22. Effet du niveau de FS coaching à l'auto-direction à T0 sur l'évolution de l'épuisement émotionnel.....	215
Figure 23. Effet de l'évolution du FS coaching à l'auto-direction sur l'évolution de l'épuisement émotionnel.....	215
Figure 24. Effet de l'intervention sur l'évolution de l'épuisement émotionnel	217

Liste des annexes

Annexe 1. Rappel de la méthode de recueil salivaire.....	260
Annexe 2. Rappel des conditions pour le recueil salivaire.....	261
Annexe 3. Étude de l'effet du FG LH sur le stress perçu.....	262
Annexe 4. Représentation de l'effet aléatoire UF dans MLM1 du FG LH.....	263
Annexe 5. Représentation de l'effet aléatoire UF dans MLM2 du FS délégation de pouvoir.....	264
Annexe 6. Représentation de l'effet aléatoire UF dans MLM3 du FS responsabilisation.....	265
Annexe 7. Représentation de l'effet aléatoire UF dans MLM4 du FS coaching à l'auto-direction....	266
Annexe 8. Représentation de l'effet aléatoire UF dans MLM5 du FS partage d'informations.....	267
Annexe 9. Représentation de l'effet aléatoire UF dans MLM6 du FS développement des compétences	268
Annexe 10. Représentation de l'effet aléatoire UF dans MLM7 du FS droit à l'erreur pour l'innovation	269
Annexe 11. Représentation de l'effet aléatoire UF dans MLM8 d'explication de l'évolution de l'épuisement émotionnel.....	270
Annexe 12. Étude de l'effet du LH sur l'évolution de l'épuisement émotionnel.....	271
Annexe 13. Étude complémentaire de l'effet de médiation du FG LH dans l'explication de l'évolution de l'épuisement émotionnel par l'intervention.....	271
Annexe 14. Livrable du service sortant.....	272
Annexe 15. Lettre du Directeur Général du CHU au Directeur Général de l'ARS.....	286

1. INTRODUCTION

1.1. Éléments de contexte

Le leadership habilitant (LH), et plus généralement les styles de management favorables au pouvoir d'action des salariés, connaissent un intérêt croissant, aussi bien dans le monde de l'entreprise que dans le secteur public hospitalier (Boudrias & Bérard, 2016 ; Carney & Getz, 2016 ; Petit Dit Dariel, 2015). Le mouvement des *entreprises libérées*, caractérisé dans la littérature scientifique (Getz, 2009 ; Getz et al., 2013 ; Gilbert et al., 2017), diffusé professionnellement (Gérard, 2017 ; Zobrist, 2020) et relayé par la presse (Meissonnier, 2014), est un parfait exemple de cet engouement. Il met en lumière l'engagement de nombreux dirigeants dans la transformation de leurs organisations, vers la liberté d'action, la responsabilisation et le développement des salariés, au service de la performance collective. Dans un registre voisin, la haute autorité de santé (HAS) française enjoint les dirigeants des hôpitaux à associer les équipes au pilotage des établissements, au service de l'amélioration de la qualité de vie au travail (QVT), de la qualité des soins et de la performance (HAS, 2013, 2016 ; Petit Dit Dariel, 2015).

Dans ce sens, une abondante littérature scientifique montre l'effet positif du LH sur l'efficacité des organisations (Cheong et al., 2019 ; Kim et al., 2018 ; Lee et al., 2018). Autrement dit, dès que les salariés bénéficient de plus de latitude et de soutien dans la définition de leur travail, leur niveau d'identification et d'implication, au service de la performance et du bien-être, est renforcé (Amundsen & Martinsen, 2015 ; Kim et al., 2018 ; Zhang & Bartol, 2010). En somme, le mouvement actuel de la société civile vers la promotion du LH apparaît comme un phénomène positif, concourant à un développement vertueux des organisations professionnelles.

Toutefois, un certain nombre d'interrogations demeurent au plan scientifique, notamment quant à l'effet de ces pratiques de management sur la santé (Nielsen & Tavis, 2019 ; Sharma & Kirkman, 2015). En effet, très peu d'études ont investigué le lien entre les pratiques habilitantes et la santé des salariés (Kim et al., 2018). En outre, certains travaux suggèrent que le LH pourrait avoir simultanément des effets positifs et négatifs, en augmentant à la fois le sentiment de compétence et le stress au travail (Cheong et al., 2016). Autrement dit, si le LH est largement considéré comme un facteur de performance organisationnelle, il pourrait néanmoins comporter des risques pour

la santé des travailleurs (Cheong et al., 2019 ; Sharma & Kirkman, 2015). En conséquence, il semble pertinent d'étudier l'effet du LH sur la santé, et d'identifier les conditions dans lesquelles et les mécanismes par lesquels il pourrait conduire à des conséquences négatives. Une telle recherche pourrait permettre de soutenir le mouvement actuel des organisations avec des arguments de santé publique, mais aussi, le cas échéant, d'émettre des recommandations concrètes dans la mise en œuvre du LH pour la préservation de la santé au travail.

Dans le cadre de ce travail de thèse, nous aurons pour objectif principal d'investiguer l'effet du LH sur la santé des salariés. Afin de comprendre l'effet du LH sur la santé au sens large, mais aussi de dépasser les biais inhérents aux mesures auto-rapportées, nous investiguerons non seulement l'effet du LH sur des indicateurs psychologiques (i.e., étude 1), mais aussi sur des indicateurs biologiques de la santé (i.e., étude 2). En outre, afin de dépasser les limites des protocoles d'étude transversaux, nous aurons pour objectif de réaliser une étude expérimentale de l'effet du LH sur la santé (i.e., étude 3). Pour commencer, ce type d'étude devrait nous permettre de conclure avec plus de certitude sur l'existence d'un lien causal entre LH et santé. En outre, nous testerons expérimentalement l'effet d'un dispositif d'intervention sur l'évolution du LH, ce qui nous permettra d'enrichir l'état des connaissances pratiques sur les moyens à mettre en œuvre pour favoriser l'adoption des conduites habilitantes par les managers. Par ailleurs, en nous appuyant sur des analyses bifactorielles dans chaque étude (Morin et al., 2016), nous investiguerons simultanément l'effet du facteur global et des facteurs spécifiques du LH. En effet, certains travaux suggèrent que le LH pourrait être associé à des conséquences négatives, selon que les comportements soient mis en œuvre de manière combinée ou isolément (Chénard Poirier et al., 2017).

En guise d'introduction, après une première section sur l'origine et la définition conceptuelle du LH, nous détaillerons les effets du LH sur les attitudes et les comportements des salariés. Nous ferons ensuite un état de l'art sur le lien entre le LH et la santé, en vue de formuler des hypothèses sur le lien entre les pratiques habilitantes et la santé. Puis, nous aborderons la relation entre LH et conflits entre vies professionnelle et personnelle. Enfin, nous ferons état des études expérimentales visant l'augmentation du LH chez les managers, et proposerons une réflexion empirique visant à élaborer des interventions contrôlées.

1.2. Le leadership Habilitant (LH)

1.2.1. Motivation intrinsèque et habilitation psychologique : développement du leadership habilitant (LH)

Le LH a fait son apparition à la suite de nombreux travaux menés en sciences de gestion et en psychologie sur les mécanismes de la régulation des conduites (dans la vie en général et au travail ; Getz et al., 2013). Dans le champ des sciences de gestion, McGregor (1960) a fait le constat dans les années 1960 des limites des modes de management transactionnels (par les récompenses et/ou les menaces) pour accroître la motivation et la performance des salariés. Il a expliqué que ces pratiques managériales sont entretenues et justifiées par la croyance « x », selon laquelle les individus seraient par nature passifs, fainéants, sans ambition et résistants aux besoins des organisations. À l'inverse, McGregor (1960) postulait également que les individus pouvaient être portés à se développer, à assumer des responsabilités et à orienter leurs comportements vers l'atteinte des buts de l'organisation (la croyance « y »), dans la mesure où le management leur permet de se développer dans celle-ci. L'hypothèse au cœur de cette proposition est que l'individu est capable d'initier, de maintenir et d'interrompre (c'est-à-dire réguler) lui-même ses comportements vers l'atteinte des objectifs de l'organisation, et cela sans incitation de l'environnement (i.e., récompenses et menaces), de telle sorte que le locus de causalité de son action au travail se situe au niveau intra-individuel (Getz et al., 2013).

Cette idée selon laquelle nous sommes, au moins en partie, maîtres de nos actes (i.e., autodéterminés) peut intuitivement nous sembler tout à fait évidente. Néanmoins, une telle conception de l'Homme était tout à fait opposée aux modèles behavioristes classiques. Elle a été confirmée grâce aux travaux menés dans le cadre de la théorie de l'auto-efficacité (Bandura, 1976, 1977) et de la théorie de l'autodétermination (TAD ; Ryan & Deci, 2000). Ces deux champs d'études fournissent des preuves expérimentales solides quant au fait que la régulation des conduites n'est pas seulement expliquée par l'environnement ou les cognitions-attentes qu'a l'individu quant aux résultats de ses comportements (i.e., transactions résultant du comportement). Ils montrent que la régulation des conduites est également expliquée par des cognitions-attentes directement relatives à la mise en œuvre du comportement lui-même. En somme, l'individu est susceptible de s'engager dans une activité professionnelle, pour le simple plaisir qu'il ressent à la mettre en œuvre (i.e., pour les seules caractéristiques

intrinsèques de cette activité), et non exclusivement pour s'assurer un salaire (i.e., récompense) ou éviter le chômage par exemple (i.e., menace), qui sont des conséquences transactionnelles de l'activité. On parle alors de « motivation intrinsèque à l'activité » avec « régulation interne » des conduites, en opposition à la « motivation extrinsèque à l'activité » (Ryan & Deci, 2000).

Un point important à souligner est que la motivation extrinsèque ne peut être réduite qu'aux seules menaces et/ou récompenses matérielles (régulation externe matérielle ; Gagné et al., 2015). Le comportement peut, en effet, être motivé par le souhait de recueillir les félicitations de son supérieur (régulation externe sociale), par le souhait d'être fier de soi ou de construire une image positive de soi (régulation introjectée), ou encore parce que l'activité a du sens pour soi et que celle-ci est en adéquation avec ses valeurs personnelles (régulation identifiée ; Ryan & Deci, 2000). Pour autant, bien que la régulation des conduites puisse être intériorisée par la personne jusqu'au point d'une véritable identification à l'activité (i.e., régulation identifiée), la motivation du comportement, dans le cas des régulations externes, introjectée et identifiée, se situe toujours à l'extérieur de l'activité elle-même. Prenons l'exemple d'un individu qui travaille parce que l'activité est en accord avec ses valeurs personnelles. Cet individu n'est pas mobilisé par la réalisation de l'activité en tant que telle, mais par les buts et valeurs associés à l'activité (Ryan & Deci, 2000 ; Thomas & Velthouse, 1990). Dans un registre affectif, un tel individu peut tout à fait n'éprouver aucun plaisir dans la réalisation de l'activité elle-même, mais néanmoins éprouver de la fierté en réalisant quelque chose qui a du sens pour lui (Ryan & Deci, 2000). Il s'agit donc dans cet exemple d'une motivation extrinsèque à l'activité, avec régulation interne des conduites (i.e., motivation autonome ou autodéterminée).

En somme, (1) nous pouvons distinguer la motivation intrinsèque de la motivation extrinsèque en identifiant si la cause des comportements est l'activité elle-même (Ryan & Deci, 2000), et (2) nous pouvons juger du niveau d'internalisation de la régulation des conduites sur un continuum, selon le niveau d'internalisation de la cause des comportements au soi de l'individu (Howard et al., 2016). Dans cette configuration, la motivation intrinsèque est forcément associée à une régulation interne des conduites, tandis que la motivation extrinsèque peut être associée à une régulation interne ou externe, selon que l'individu se soit identifié à l'activité ou non. Les différentes formes de régulation comportementale sont aujourd'hui bien établies dans le contexte organisationnel et montrent des effets différenciés sur de nombreuses variables

(Gagné et al., 2015). Par exemple, Kuvaas et al. (2017) montrent que la motivation extrinsèque avec régulation externe est associée à des niveaux plus faibles d'engagement affectif et de performance, et à des niveaux plus élevés d'épuisement, d'intentions de quitter l'emploi et de conflits travail-famille. À l'inverse, ils montrent que la motivation intrinsèque est associée à plus d'engagement affectif et de performance, et moins d'épuisement, d'intentions de quitter l'emploi et de conflits travail-famille. En somme, c'est lorsque l'individu est motivé par l'activité elle-même que les issues sont les plus favorables, aussi bien en termes de performance que de santé. En effet, selon Deci et Ryan (2000), la motivation intrinsèque représente un état de fonctionnement optimal, conçu comme l'expression de la propension naturelle de l'individu à se développer, c'est-à-dire « de sa tendance inhérente à rechercher la nouveauté et les défis, à étendre et à exercer ses capacités, à explorer et à apprendre » (Ryan & Deci, 2000, p. 70)¹.

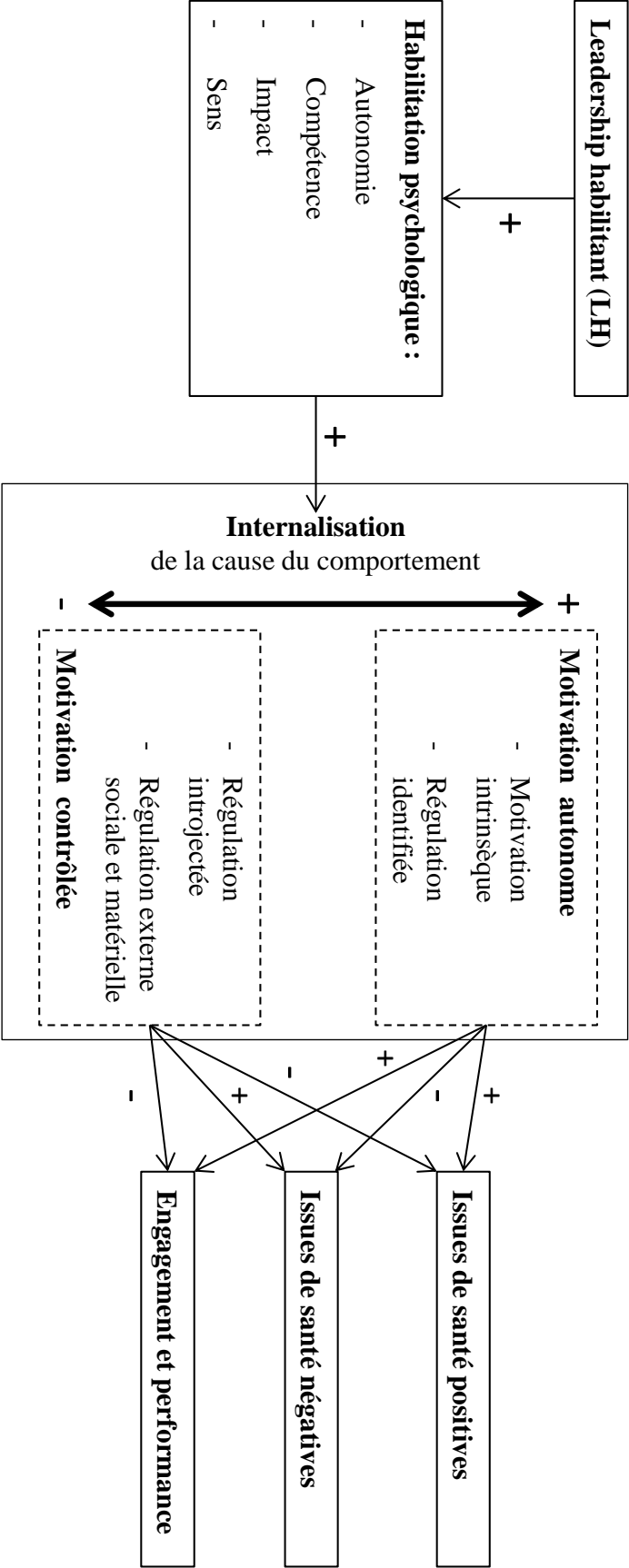
Le concept de motivation intrinsèque a été exploité dans les sciences de gestion pour fonder conceptuellement l'habilitation en milieu professionnel, d'abord par Conger et Kanungo (1988) à partir de la théorie de l'auto-efficacité seule, puis par Thomas et Velthouse (1990) qui y associeront la TAD (Deci & Ryan, 1985), la théorie de l'impuissance universelle acquise (Abramson et al., 1978) et la théorie des caractéristiques de l'emploi (Hackman & Oldham, 1976) : « Ici, l'habilitation est définie comme une augmentation de la motivation intrinsèque à la tâche » (Thomas & Velthouse, 1990, p. 666). L'objectif consiste alors à identifier (1) les cognitions-attentes intra-individuelles associées à la motivation intrinsèque (i.e., habilitation psychologique) et (2) les facteurs socio-professionnels (notamment managériaux) favorisant ces cognitions et la motivation intrinsèque, conçue alors comme un levier de performance organisationnelle (Conger & Kanungo, 1988).

Au niveau intra-individuel, Thomas et Velthouse (1990) conceptualisent l'habilitation comme la création d'un système de cognitions (croyances/attitudes) fondées dans l'expérience (et son interprétation subjective) et assimilables à des systèmes d'attentes de l'individu envers ses capacités et son

¹ Précisons toutefois que des travaux plus récents remettent en question la simple distinction entre motivations intrinsèque et extrinsèque, et suggèrent que c'est le niveau d'internalisation de la régulation des conduites (i.e., niveau d'autodétermination) qui expliquerait le mieux les effets de la motivation sur les attitudes, les comportements et la santé des individus (Chemolli & Gagné, 2014 ; Deci et al., 2017 ; Howard et al., 2016).

niveau d'engagement, lesquels seraient prédicteurs de l'internalisation de la motivation. Il est question de la croyance chez l'individu d'avoir une influence sur son milieu professionnel (impact), de disposer des compétences professionnelles nécessaires à la réalisation du travail (compétence), d'avoir le sentiment que ses actions professionnelles sont le résultat de sa propre volonté (autonomie), et que son travail a une signification (sens ; Spreitzer, 1995a, 1995b ; Thomas & Velthouse, 1990). Les modèles de management habilitant peuvent dès lors être appréhendés comme un ensemble de pratiques managériales susceptibles de favoriser le sens, la compétence, l'autonomie et enfin l'impact de l'individu sur son travail, pour *in fine* augmenter la motivation intrinsèque (Figure 1 ; Gagné et al., 1997 ; Thomas & Velthouse, 1990 ; Zhang & Bartol, 2010).

Figure 1. Synthèse des relations théoriques entre LH, habilitation psychologique, motivations et issues de santé et de performance



1.2.2. Leadership habilitant (LH) – définitions conceptuelles

Dès son origine, le principe du LH repose en premier lieu sur la délégation d'autorité et de responsabilité au salarié de première ligne, de manière à augmenter le pouvoir de ce dernier sur le travail, au service d'une augmentation de sa motivation intrinsèque et de la performance de l'organisation (Conger & Kanungo, 1988 ; Thomas & Velthouse, 1990). Pearce et Sims (2002) sont les premiers à avoir empiriquement démontré une différence conceptuelle (dans un même modèle de mesure) entre le LH et d'autres styles de leadership de type transactionnel (e.g., récompenses matérielles et symboliques ; Manz & Sims, 1991), transformationnel (e.g., vision, stimulation, inspiration ; Bass & Avolio, 1993) et directif (e.g., assignation, commande, intimidation ; McGregor, 1960 ; Pearce et al., 2003). Le modèle-questionnaire proposé par Pearce et Sims (2002) est court (six items) et structuré en une dimension rassemblant des conduites de délégation de la résolution des problèmes rencontrés (délégation), de responsabilisation individuelle du salarié (responsabilisation), d'encouragement à trouver ses propres solutions (coaching), d'encouragement à apprendre en se développant (compétence), et d'encouragement à considérer les échecs comme une chance d'apprendre (droit à l'erreur).

Konczak et al. (2000) développent quant à eux une conception similaire du LH en proposant un modèle avec six facteurs comportementaux pouvant être mesurés à l'aide de 17 items². Dans cette configuration, le leader :

1. délègue au salarié l'autorité pour améliorer les procédures et le laisse décider de la manière de faire son travail (délégation) ;
2. considère le salarié comme responsable de son travail, de ses résultats et de sa performance (responsabilisation) ;
3. aide le salarié, l'encourage et compte sur lui pour trouver ses propres solutions (coaching) ;
4. partage avec le salarié l'information dont il a besoin pour atteindre un résultat de qualité et satisfaire le client (information) ;
5. fournit un contexte favorable et des opportunités au salarié de développer ses compétences (compétence) ;

² Le modèle montre un bon ajustement aux données recueillies à l'aide d'analyses factorielles confirmatoires (CFA ; Konczak et al., 2000).

6. et enfin, encourage l'émergence de nouvelles idées et se montre prêt à prendre le risque que celles-ci échouent, pourvu qu'elles permettent au salarié de se développer (droit à l'erreur pour l'innovation).

Seul le partage d'informations est tout à fait inédit par rapport au modèle proposé par Pearce et Sims (2002), avec une information orientée vers la réalisation du travail. Ces modèles permettent de bien distinguer à la fois la notion de partage de pouvoir avec le salarié, mais aussi de soutien pour l'autonomisation et le développement (Amundsen & Martinsen, 2014 ; Boudrias & Bérard, 2016). Dans la perspective de l'habilitation psychologique, les comportements de soutien sont essentiels pour permettre au salarié de faire face à l'exigence de la délégation et de la responsabilisation, et de véritablement expérimenter, outre l'autonomie, une maîtrise de leur activité, un impact et du sens dans leur travail (Amundsen & Martinsen, 2014 ; Boudrias & Bérard, 2016).

Des travaux plus récents ont proposé des formalisations plus parcimonieuses du LH, en regroupant les comportements identifiés dans des facteurs plus englobants et plus recentrés sur la distinction entre délégation et soutien. Par exemple, Chénard Poirier, Morin et Boudrias (2017) ont proposé un modèle en trois facteurs (voir aussi Sinclair et al., 2014) associant :

1. des comportements de délégation proches de la définition retenue par Konzack et al. (2000), mais écartant la notion de responsabilisation ;
2. une dimension « coaching » assimilant développement des compétences, suggestions pour améliorer le travail et partage d'informations (sur les ressources disponibles pour réaliser le travail et sur la place du salarié dans l'organisation) ;
3. et enfin une dimension « reconnaissance » inédite, combinant retours et félicitations sur les réalisations et les performances du salarié, et soutien social.

Le modèle montre un très bon ajustement aux données recueillies à l'aide de CFA et de modélisations par équations structurelles exploratoires (ESEM), confirmant l'intérêt d'une conception plus parcimonieuse du LH, avec un regroupement dans une seule dimension des comportements de soutien. Pour autant, cette parcimonie contribue à diminuer la spécificité des dimensions au plan comportemental, puisque plusieurs conduites se retrouvent regroupées dans un seul et même facteur. Au niveau scientifique, cela peut contribuer à limiter l'interprétation ou la compréhension des effets du LH (car le nombre de

dimensions considérées est restreint) sur la santé, les attitudes et les comportements des salariés. En outre, dans le champ de l'accompagnement et du conseil en management, la réduction du nombre de dimensions peut diminuer à la fois la précision du diagnostic réalisé et la valeur éclairante ou pédagogique du modèle pour les managers. En effet, des dimensions plus englobantes peuvent devenir moins intelligibles et prescriptives des conduites spécifiques à mettre en œuvre par le manager, au risque de générer de l'incompréhension et de favoriser la mise en œuvre *in fine* de comportements inadaptés. En somme, bien que les modèles parcimonieux du LH s'ajustent bien aux données recueillies auprès des salariés (Amundsen & Martinsen, 2014 ; Boudrias & Bérard, 2016 ; Chénard Poirier et al., 2017), nous pouvons nous interroger sur la perte d'informations liée aux opérationnalisations qui en résultent.

Comme nous allons le voir ci-après, le recours aux modèles bifactoriels peut représenter une perspective originale pour aborder cette question. En effet, cette approche permet dans le même temps (1) de tester et mettre à l'épreuve la structure multifactorielle du modèle postulé et, potentiellement, (2) de concilier dans un même modèle la parcimonie d'une mesure globale et la spécificité des sous-dimensions (Morin et al., 2016).

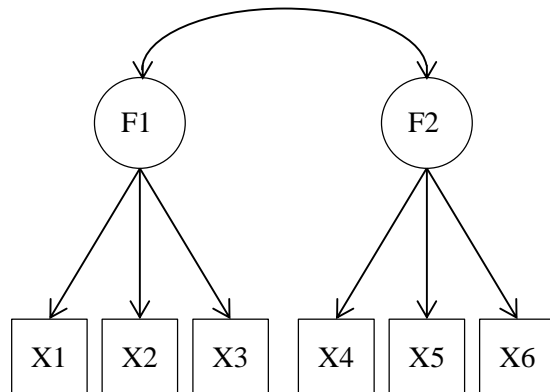
1.2.3. Apport des analyses bifactorielles – l'hypothèse d'un facteur global de LH et de facteurs spécifiques

Des recherches récentes en psychologie se sont appuyées sur des modèles bifactoriels (Cucina & Byle, 2017 ; Gillet et al., 2019 ; Howard et al., 2016 ; Tóth-Király et al., 2018). Le principe consiste à envisager dans un même modèle de mesure (CFA ou ESEM) un facteur global (FG) et des facteurs spécifiques (FS ; Markon, 2019 ; Morin et al., 2016). À l'instar des modèles CFA multidimensionnels classiques (Figure 2a), les FS sont estimés à partir des items théoriquement envisagés pour définir chaque dimension (tout en tenant compte de la contribution de tous les autres items dans le cas des ESEM). La nouveauté consiste à envisager le FG, en plus des FS dans le modèle, défini par l'intégralité des items composant le questionnaire (Figure 2c). Autrement dit, les items servent à définir à la fois le FG et les FS associés, c'est-à-dire à la fois la globalité d'un construit et la spécificité de chacune des dimensions une fois que le FG a été pris en considération. Cette méthode ne se limite donc pas à une simple comparaison entre un modèle unidimensionnel et un modèle

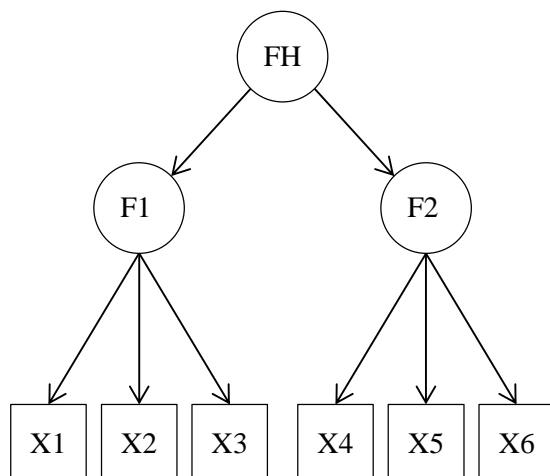
multidimensionnel, puisqu'elle permet d'envisager la globalité et la spécificité dans un même modèle de mesure (Morin et al., 2016). En outre, elle se distingue des modèles hiérarchiques de second ordre dans la mesure où la globalité (FG) est définie directement par une combinaison d'items, et non indirectement par une combinaison des variables latentes de premier ordre (elles-mêmes définies par les différents items ; Figure 2b ; Cucina & Byle, 2017 ; Gignac, 2016 ; Mansolf & Reise, 2017).

Figure 2. Schémas simplifiés des modèles de mesure

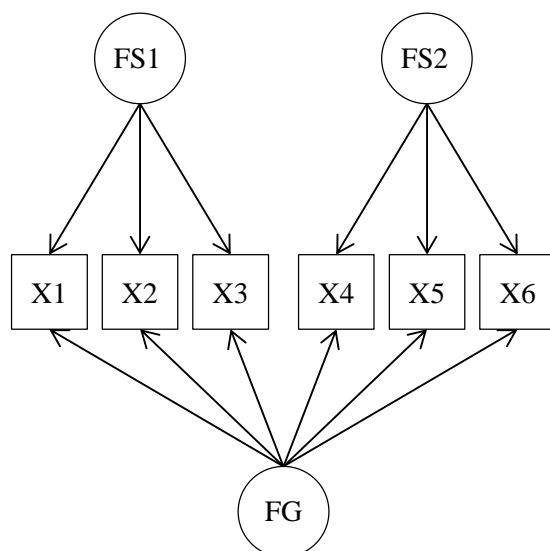
a. Modèle de premier ordre :



b. Modèle hiérarchique de second ordre :



c. Modèle bifactoriel :



Notes : F : Facteur latent de premier ordre ; FH : facteur hiérarchique latent de second ordre ; FS : Facteur spécifique ; FG : facteur global ; X : item.

Par conséquent, un modèle bifactoriel permet d'investiguer, dans le même temps, l'existence et la définition d'un FG, mais aussi d'opérationnaliser et d'investiguer la singularité conceptuelle des dimensions spécifiques postulées une fois que le FG a été considéré. En effet, la définition des FS n'est potentiellement plus la même une fois qu'un FG a été intégré dans le modèle, dans la mesure où une part (plus ou moins importante) de la variance des items est susceptible d'avoir été appréhendée par le FG. Si le FG est bien défini, les FS peuvent tout simplement ne pas être correctement déterminés (poids factoriels proches de 0 et non significatifs), ou bien être correctement identifiés avec une définition conceptuelle qui sera sensiblement différente (et singulière) par rapport à un modèle de premier ordre (Markon, 2019 ; Morin et al., 2016). En effet, les FS sont alors à considérer comme une déviation par rapport au FG.

À titre d'illustration avec le LH, nous pouvons envisager que les items de responsabilisation, de coaching et de développement du salarié puissent renvoyer au LH global et aux FS responsabilisation, coaching et développement. Le FG pourrait alors être le reflet d'une responsabilisation soutenue par le leader qui pourrait participer à une autonomisation « étayée » et au développement des compétences du salarié. Dans le cas du FS responsabilisation, nous pouvons imaginer une responsabilisation déviante du LH global, indépendante également des conduites de coaching et de développement des compétences, qui pourrait davantage constituer une charge stressante pour le salarié (Cheong et al., 2016 ; Sharma & Kirkman, 2015).

Nous l'évoquions précédemment, la littérature récente va dans le sens d'une définition parcimonieuse du LH. Pour commencer, Chénard Poirier et al. (2017) ont proposé un modèle en trois dimensions, regroupant dans un même facteur le partage d'informations, le coaching à l'auto-direction et le développement des compétences. Amundsen et Martinsen (2014) mettent, quant à eux, en évidence un modèle en deux dimensions, associant dans l'un des deux facteurs, 18 items renvoyant à la délégation de pouvoir, la responsabilisation, le coaching à l'auto-direction, l'échange d'informations, la reconnaissance des compétences et le partage d'une vision optimiste de l'avenir. Le deuxième facteur, quant à lui, rassemble huit items relatifs à la guidance, à la coordination des objectifs et à l'exemplification du leader (« modeling »). En outre, précisons que la grande majorité des études investiguant les effets du LH opérationnalise le concept au moyen d'un score global (Boudrias & Bérard, 2016).

Néanmoins, Chénard Poirier, Morin et Boudrias (2017) montrent à l'appui d'analyses de profils latents que les différentes sous-dimensions du LH sont

associées à des niveaux équivalents d'habilitation comportementale (HC)³, à condition de présenter des niveaux similaires entre elles. Plus précisément, lorsque les sous-dimensions du LH sont toutes élevées ou faibles, les sous-dimensions du HC sont également toutes élevées ou faibles. À l'inverse, lorsque les dimensions du LH présentent des niveaux au-dessus de la moyenne mais différents entre elles, elles sont associées à des niveaux inférieurs à la moyenne pour trois des sous-dimensions de l'HC, et au niveau le plus bas observé pour la dimension implication organisationnelle de l'HC. Ces résultats suggèrent une nouvelle fois la possible coexistence de la globalité et de la spécificité du LH : (1) globalité, car des profils de réponses cohérents au niveau des différentes dimensions du LH sont observés et associés à des niveaux équivalents et cohérents pour les dimensions du HC, traduisant un phénomène de globalité avec un pattern de réponses caractéristiques ; et (2) spécificité, car un profil de réponses moins cohérent entre les différentes dimensions du LH existe également. Ces résultats suggèrent l'existence d'un FG de LH et démontrent aussi l'importance de considérer la spécificité des dimensions et de leurs expressions singulières dans l'explication des issues telles que l'HC.

Plus généralement, les modèles bifactoriels mis au service de l'étude du LH pourraient nous permettre d'envisager d'autres conceptualisations du LH. Ils pourraient également avoir un intérêt majeur dans le champ (1) de l'audit en management en permettant un diagnostic plus précis associant globalité et spécificité, et (2) du conseil en management en permettant de conserver la valeur pédagogique des sous-dimensions comme expliqué précédemment.

³ L'HC est définie par Migneault, Rousseau et Boudrias (2009) comme un ensemble de comportements indiquant que l'employé est habilité au travail. Le concept repose sur cinq dimensions : (a) faire son travail de manière consciencieuse, (b) améliorer les méthodes de travail, (c) collaborer avec les collègues au service de la réalisation du travail, (d) s'impliquer dans l'amélioration de l'efficacité du groupe, et (e) s'impliquer dans l'amélioration de l'organisation (Migneault et al., 2009).

1.3. LH, attitudes et comportements

La littérature sur les conséquences du LH est déjà bien développée dans le champ des attitudes, des processus motivationnels et de la performance (Kim et al., 2018 ; Lee et al., 2018 ; Sharma & Kirkman, 2015). Par exemple, le LH favorise la qualité des échanges et de la relation avec la hiérarchie (Hassan et al., 2013), un sentiment de confiance à la fois envers le superviseur et l'organisation (Bobbio et al., 2012) et le soutien organisationnel perçu (Bobbio et al., 2012 ; Boudrias et al., 2010). Le LH est également positivement relié à des aspects plus organisationnels tels que la clarté des rôles (Mendes & Stander, 2011) et le sentiment de justice organisationnelle (Boudrias et al., 2010). Sur le plan des processus motivationnels, le LH augmente l'auto-efficacité (Cheong et al., 2016), le sens du travail (Lee et al., 2017), et l'habilitation psychologique par le biais des sentiments d'autonomie, de compétence, de sens et d'impact (De Klerk & Stander, 2014 ; van Dierendonck & Dijkstra, 2012). Il favorise également la motivation intrinsèque par le biais de l'habilitation psychologique (Zhang & Bartol, 2010), l'orientation des buts du salarié vers la maîtrise du travail (Humborstad et al., 2014), l'engagement affectif (Chen et al., 2011 ; van Dierendonck & Nuijten, 2011) et l'engagement au travail, et plus précisément la vigueur, l'absorption et le dévouement (Lee et al., 2017 ; Mendes & Stander, 2011).

En lien avec les processus motivationnels, mais dans un registre plus comportemental, le LH favorise l'adoption des comportements attendus au travail (van Dierendonck & Nuijten, 2011) et la diminution des comportements déviants des objectifs de l'organisation (Bester et al., 2015) tels que la perte de temps (Lorinkova & Perry, 2017). Il est également positivement relié à l'habilitation comportementale (Boudrias et al., 2010 ; Chénard Poirier et al., 2017 ; Migneault et al., 2009) et à l'adoption de comportements non prescrits pro-sociaux et pro-organisationnels (Bester et al., 2015 ; Humborstad et al., 2014), notamment favorables à l'innovation (Chen et al., 2011) et à la créativité (Zhang & Bartol, 2010). En conséquence, le LH est associé à des niveaux plus élevés de performance au travail, aussi bien du point de vue du salarié et du manager (Lee et al., 2018), que du dirigeant de l'organisation (Schneider et al., 2007).

Afin de décrire plus précisément les effets du LH sur les attitudes et les comportements, nous allons nous intéresser plus particulièrement aux effets du LH sur la satisfaction professionnelle (i.e., attitude), la performance individuelle

(i.e., comportement), et l'intention de quitter son emploi (i.e., intention comportementale). Ces construits sont les conséquences du LH les plus étudiées (dans leur registre spécifique : attitude, intention et comportement) et pour lesquelles les mécanismes du LH sont les mieux identifiés (Kim et al., 2018 ; Lee et al., 2018). L'intérêt porté par la communauté scientifique à ces concepts est probablement dû à l'importance qu'ils ont pour les organisations. En effet, la satisfaction professionnelle, l'intention de partir et la performance individuelle sont directement reliées à l'atteinte des objectifs de performance des entreprises (Judge & Kammeyer-Mueller, 2012 ; Motowidlo & Kell, 2012 ; Tett & Meyer, 1993). Dans l'hypothèse où un modèle bifactoriel du LH serait validé, les effets connus du LH sur ces trois concepts devraient être réinterrogés. En effet, rappelons qu'une opérationnalisation bifactorielle suppose la coexistence d'un phénomène de globalité et de spécificité, susceptibles de produire des effets différenciés. Dans ce sens, la littérature suggère déjà que le LH est susceptible de produire des effets contrastés, selon que le manager mette en œuvre les conduites dans leur globalité ou de manière sélective (Chénard Poirier et al., 2017). En d'autres termes, une fois tenu compte de l'effet de la globalité du LH (i.e., contrôle statistique), il est possible que les conduites spécifiques produisent des effets inattendus sur la satisfaction, l'intention de partir et la performance.

1.3.1. LH et satisfaction professionnelle

La satisfaction professionnelle (ou satisfaction au travail) fait partie du champ plus vaste des attitudes liées au travail. Celles-ci sont définies comme des évaluations que l'individu porte sur son travail et qui reflètent ses affects, ses croyances et son attachement au travail (Judge & Kammeyer-Mueller, 2012). En d'autres termes, l'attitude n'est pas strictement cognitive et implique également des sentiments plaisants ou déplaisants chez l'individu (Judge & Kammeyer-Mueller, 2012). Dans ce sens, Spector (1997) définit la satisfaction professionnelle, « comme le sentiment qu'ont les personnes concernant leur travail et les différents aspects de leur travail » (p. 2). Il s'agirait au fond, « simplement », de la mesure dans laquelle les individus aiment ou n'aiment pas leur activité professionnelle (Spector, 1997). De manière congruente, Warr (2013) considère la satisfaction professionnelle comme un syndrome cognitivo-affectif qu'il convient de distinguer des simples affects (i.e., bien-être affectif). Si les affects sont caractérisés par un simple sentiment flottant (Russell, 1980),

la satisfaction, en revanche, est un phénomène affectif combiné à des processus cognitifs plus complexes en matière d'évaluation (Warr, 2013).

Plusieurs modèles concurrents existent pour décrire les mécanismes cognitifs engagés dans l'émergence de la satisfaction et plus généralement des attitudes (Judge et al., 2012). Néanmoins, la littérature témoigne d'un certain consensus (Tavani et al., 2017). La satisfaction serait le résultat de l'évaluation, par l'individu, entre d'une part, sa situation professionnelle et ses expériences associées, et d'autre part, ses standards de jugement (e.g., attentes, valeurs, normes, besoins ; Judge et al., 2012 ; Locke, 1969 ; Spector, 1997 ; Tavani et al., 2017). Autrement dit, l'individu a tendance à se sentir satisfait lorsque son travail répond à ses attentes et à ses besoins. À l'inverse, un travail qui ne correspond ni à nos attentes ni à nos besoins a tendance à nous rendre insatisfaits.

La relation entre le LH et la satisfaction professionnelle est déjà bien étudiée. À partir d'une méta-analyse regroupant 12 études, Kim et al. (2018) montrent que le LH est associé à des niveaux élevés de satisfaction professionnelle. Plusieurs mécanismes sont envisagés pour comprendre cet effet. Le plus empiriquement établi est celui d'une médiation par l'habilitation psychologique. En effet, plusieurs études indépendantes témoignent d'une médiation partielle des effets positifs du LH sur la satisfaction professionnelle par le biais d'une augmentation de l'habilitation psychologique (Amundsen & Martinsen, 2015 ; Dewettinck & van Amejide, 2011 ; Fong & Snape, 2015 ; Kim & Beehr, 2017a ; Konczak et al., 2000 ; Namasivayam et al., 2014). Comme nous l'avons déjà expliqué, le LH est historiquement conçu comme un ensemble de pratiques managériales favorables à l'émergence des quatre cognitions de l'habilitation psychologique (i.e., l'autonomie, la compétence, l'impact et le sens), au service d'une augmentation de la motivation intrinsèque du salarié (Boudrias & Bérard, 2016 ; Konczak et al., 2000 ; Thomas & Velthouse, 1990). La relation entre LH et habilitation psychologique est aujourd'hui particulièrement bien soutenue empiriquement avec un coefficient de corrélation moyen établi à 0,45 sur la base de 25 études recensées par Kim et al. (2018) et à 0,47 sur la base de 41 études considérées par Lee et al. (2017).

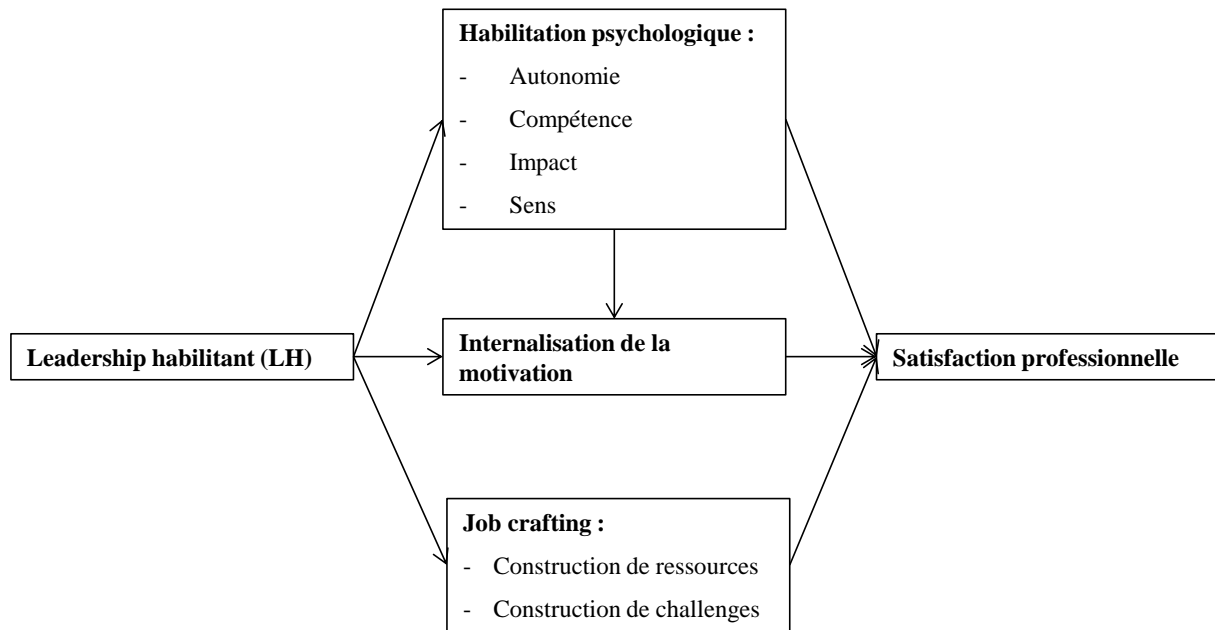
Par ailleurs, les cognitions de l'habilitation psychologique sont théoriquement conçues comme des prédicteurs de la satisfaction (Abramson et al., 1978 ; Bandura, 1977 ; Deci et al., 1989 ; Hackman & Oldham, 1976 ; Thomas & Velthouse, 1990). En effet, les sentiments d'autonomie et d'auto-efficacité sont identifiés comme des « auto-renforcements » ou des « auto-

récompenses » (Bandura, 1976, 1977 ; Ryan & Deci, 2000), au même titre que les sentiments de sens et d'impact (Hackman & Oldham, 1976 ; Thomas & Velthouse, 1990). Par conséquent, éprouver un sentiment d'autonomie, de compétence, de sens et d'impact est intrinsèquement source de plaisir et de satisfaction (Spreitzer et al., 1997).

Outre ce mécanisme, l'habilitation psychologique prédit une augmentation de la motivation intrinsèque chez l'individu (Gagné et al., 1997 ; Zhang et al., 2008), caractérisée par l'intégration progressive des buts et valeurs de l'activité professionnelle aux buts et valeurs de l'individu (Deci et al., 2017 ; Ryan & Deci, 2000). En d'autres termes, l'habilitation psychologique fait directement évoluer les standards de jugements internes que l'individu mobilise pour évaluer son niveau de satisfaction, en les rendant plus congruents avec la situation professionnelle. En résumé, le LH est susceptible d'augmenter la satisfaction professionnelle, à la fois en transformant les standards de jugement individuel et en favorisant des cognitions directement sources de satisfaction professionnelle.

Toutefois, des mécanismes plus directement instrumentaux peuvent également être envisagés. En effet, le LH implique que le superviseur transfère du pouvoir au salarié afin de lui donner un contrôle réel sur son travail (Amundsen & Martinsen, 2014 ; Boudrias & Bérard, 2016). Par conséquent, il est envisageable que le LH augmente la satisfaction dans la mesure où il permet au salarié de transformer son travail et de le rendre plus conforme à ses propres valeurs, besoins et objectifs personnels. Dans ce sens, Thun et Bakker (2018) montrent que le LH est associé à des niveaux élevés d'engagement proactif du salarié dans la transformation de son travail (« job crafting »), en particulier dans la construction de nouvelles ressources et de nouveaux challenges professionnels. Kim et Beehr (2018) confirment empiriquement ce mécanisme en montrant dans une étude prospective que le LH augmente la satisfaction par le biais d'une augmentation du « job crafting », et cela indépendamment des dispositions de l'individu à la proactivité (Figure 3).

Figure 3. Synthèse empirique des mécanismes reliant LH et satisfaction



1.3.2. LH et performance au travail

Motowidlo et Kell (2012, p. 82) définissent « la performance au travail comme l'utilité totale attendue pour l'organisation, des épisodes comportementaux discrets qu'un individu met en œuvre sur une période standard ». Autrement dit, la performance au travail est directement liée à l'ensemble des comportements de l'individu sur une période donnée, et indique à quel point ces comportements contribuent à l'efficacité de l'organisation (Motowidlo & Kell, 2012) dans l'atteinte de ses objectifs (Viswesvaran & Ones, 2000). En somme, évaluer la performance revient en fait plus directement à juger de l'utilité des conduites des individus pour l'organisation. À ce titre, le résultat atteint par l'individu dans son travail peut constituer un critère de jugement de la performance (e.g., nombre de voitures vendues par un commercial ; Motowidlo & Kell, 2012). Pour autant, il apparaît que la performance ne se limite pas au seul résultat. En effet, le résultat peut également être influencé par des facteurs contextuels ou situationnels, tout à fait indépendants des comportements de l'individu au travail (Motowidlo & Kell, 2012 ; e.g., la pandémie de COVID-19 et les mesures de confinement qui imposent la fermeture des concessions automobiles et font chuter le nombre de voitures vendues par le commercial). En d'autres termes, ce

n'est pas parce qu'un résultat n'est pas atteint que l'individu n'a pas mis en œuvre les comportements permettant à l'organisation d'atteindre ses objectifs. À ce titre, Viswesvaran et Ones (2000) considèrent la performance comme un concept abstrait, dans la mesure où celle-ci ne peut pas être tout à fait définie sur la base d'indicateurs physiques spécifiques (e.g., le nombre de voitures vendues).

C'est dans ce sens que Motowidlo et Kell (2012) proposent de limiter la définition de la performance aux comportements (Motowidlo et al., 2008, 2012). Dans cette perspective comportementale, plusieurs modèles complémentaires proposent des listes de conduites génériques synonymes de performance individuelle, quel que soit le domaine ou le type d'organisation considéré (Motowidlo & Kell, 2012 ; Viswesvaran & Ones, 2000). Nous pouvons citer, par exemple, les comportements attendus dans le rôle professionnel (e.g., atteindre le niveau de performance requis, remplir ses responsabilités dans le travail ; Janssen & Vegt, 2011), les comportements créatifs (e.g., suggérer de nouvelles idées pour augmenter la performance ; George & Zhou, 2001 ; Harris et al., 2014) ou encore les comportements de citoyenneté organisationnelle non prescrits, mais susceptibles néanmoins de concourir à l'efficacité de l'organisation (e.g., aider les personnes qui ont été absentes ; Organ, 1997).

Les mesures peuvent être distinguées, selon que la performance soit évaluée par le travailleur lui-même ou par des observateurs (e.g., les collègues, les superviseurs). À ce titre, la littérature témoigne d'un biais de surestimation, ou du moins d'une estimation plus favorable de la performance, lorsque celle-ci est auto-évaluée au lieu d'être hétéro-évaluée (Harris & Schaubroeck, 1988 ; Janssen & Vegt, 2011 ; Ward et al., 2003). Plus précisément, des travaux montrent que l'auto-évaluation de la performance est influencée par le sentiment de compétence des individus dans le domaine considéré, et cela, indépendamment du niveau de performance effective. Autrement dit, un individu convaincu a priori de sa compétence dans un domaine aura tendance à surestimer sa performance, indépendamment de son niveau de performance « réel » (Critcher & Dunning, 2009 ; Ehrlinger & Dunning, 2003). À l'inverse, une personne convaincue de son manque de compétence dans un domaine sous-estimera son niveau de performance (Ehrlinger & Dunning, 2003). Néanmoins, à partir d'une méta-analyse regroupant 303 études, Viswesvaran et al. (2005) montrent que l'ensemble des mesures de performance individuelle, à la fois auto et hétéro-évaluées, contribuent à un même facteur global de performance, expliquant 60% de la variance totale. Par conséquent, bien que l'auto-estimation de la

performance puisse introduire un biais, nous nous intéresserons, dans le cadre de ce travail doctoral, à la performance individuelle auto-évaluée, dans la mesure où celle-ci permet d'appréhender la performance individuelle de manière satisfaisante (Viswesvaran et al., 2005).

Le lien entre LH et performance a fait l'objet de nombreuses études (Kim et al., 2018 ; Lee et al., 2018 ; Sharma & Kirkman, 2015). À l'appui d'une méta-analyse, Lee et al. (2018) montrent que le LH augmente significativement la performance individuelle auto et hétéro-évaluée, aussi bien en termes de performance directement relative aux tâches de travail (29 études), que de comportements de citoyenneté (15 études) et de créativité (18 études). Le LH est donc un prédicteur bien établi de la performance individuelle. Depuis son origine le LH a été conçu comme un ensemble de pratiques managériales susceptibles d'augmenter la performance des individus et des organisations par le biais d'une augmentation de l'auto-efficacité (Conger & Kanungo, 1988), et plus globalement de l'habilitation et de la motivation intrinsèque (Konczak et al., 2000 ; McGregor, 1960 ; Thomas & Velthouse, 1990). En effet, la combinaison des conduites déléгатives, responsabilisantes et de soutien du LH favorisent la capacité du salarié à exercer un contrôle autonome de ses conduites et de ses pensées dans son travail (i.e., « self-leadership » ; Amundsen & Martinsen, 2015). Ce faisant, le salarié capitalise des expériences concrètes de maîtrise de son activité susceptibles de soutenir la construction d'un sentiment d'auto-efficacité (Bandura, 1986 ; Kim & Beehr, 2017b), mais aussi d'autodétermination, d'impact et de sens dans son travail (Amundsen & Martinsen, 2015 ; Konczak et al., 2000). Comme nous l'avons déjà expliqué, ces cognitions sont intrinsèquement motivantes, au sens où elles incitent à l'initiation et au maintien des comportements dans l'accomplissement des missions professionnelles (Conger & Kanungo, 1988 ; Spreitzer, 1995a, 1995b ; Thomas & Velthouse, 1990 ; Zhang & Bartol, 2010). C'est en ce sens que Conger et Kanungo (1988) suggèrent que « l'habilitation des subordonnés est une composante principale de l'efficacité managériale et organisationnelle » (p. 1). En d'autres termes, le salarié habilité est auto-motivé et concourt par ses efforts comportementaux à l'efficacité de l'organisation (i.e., la performance ; Motowidlo & Kell, 2012).

Les mécanismes explicatifs de l'habilitation psychologique et l'auto-efficacité sont soutenus dans la littérature. Par exemple, Kim et Beehr (2017) montrent à l'aide d'un protocole prospectif que le LH augmente la performance dans le rôle professionnel et diminue les comportements déviants des intérêts de

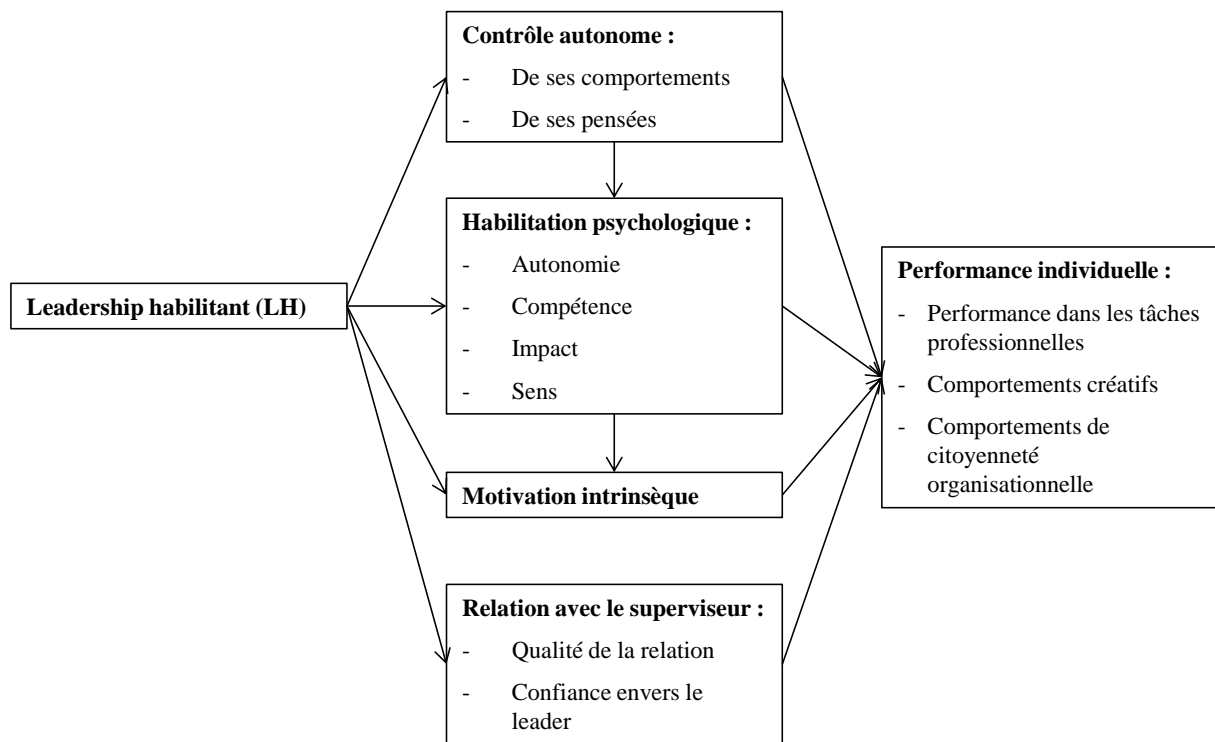
l'organisation, par le biais d'une augmentation de l'auto-efficacité. De plus, Fong et Snape (2015) montrent que le niveau individuel d'habilitation psychologique médiatise les effets positifs du LH sur l'engagement organisationnel, la performance dans le rôle professionnel et les comportements de citoyenneté organisationnelle orientés vers les individus. Outre l'habilitation psychologique, le rôle médiateur de la motivation intrinsèque est également soutenu. Par exemple, Zhang et Bartol (2010) montrent que le LH augmente la créativité des employés par le biais d'une augmentation consécutive de l'habilitation psychologique, de la motivation intrinsèque et de l'engagement dans le processus de création. Autrement dit, le salarié habilité est intrinsèquement motivé par son activité, et par conséquent engage des efforts pour identifier les problèmes, générer de nouvelles idées et, *in fine*, proposer de nouvelles solutions afin d'améliorer la performance (Zhang & Bartol, 2010).

Outre ces mécanismes motivationnels, des mécanismes plus directement instrumentaux peuvent être envisagés dans la relation entre LH et performance, comme ceux que nous décrivions précédemment au sujet du lien entre LH et satisfaction. En effet, le LH favorise l'engagement du salarié dans la transformation de son travail, que ce soit par la construction de nouvelles ressources professionnelles ou de nouveaux challenges (i.e., « job crafting » ; Kim et al., 2018 ; Thun & Bakker, 2018). Or, ce contrôle instrumental dans la conception même du travail est connu pour favoriser en retour la performance individuelle (Petrou et al., 2015 ; Tims et al., 2013, 2014). En effet, un salarié en mesure de développer de nouvelles ressources et de rechercher les challenges est susceptible d'augmenter sa capacité à faire face aux exigences professionnelles et d'atteindre le niveau de performance requis dans le travail (Tims et al., 2014). En outre, le LH implique plus directement des comportements de coaching, de développement des compétences et de partage d'informations, susceptibles de fournir au salarié les connaissances, compétences et informations dont il a besoin pour réaliser son travail correctement (Kim et al., 2018). Par conséquent, il est raisonnable de considérer que le LH améliore également la performance par des mécanismes instrumentaux directs et/ou médiatisés par le « job crafting ».

Enfin, des mécanismes liés à la relation entre le superviseur et le salarié peuvent également être envisagés. À partir d'une méta-analyse, Lee et al. (2018) montrent que les effets positifs du LH sur la performance dans le rôle professionnel, les comportements de citoyenneté et la créativité sont tous significativement médiatisés par la confiance du salarié envers le superviseur.

Plus précisément, l'engagement du superviseur dans des conduites habilitantes contribuerait à donner au salarié le sentiment que son supérieur lui fait confiance, le considère et le respecte (Huang et al., 2010 ; Lee et al., 2018). Mis en confiance, le salarié aurait alors tendance à s'engager dans des comportements performants selon deux mécanismes. Premièrement, ne craignant plus que son superviseur puisse lui vouloir du mal, l'individu serait susceptible à la fois de diminuer les efforts visant à se protéger face à son supérieur (e.g., cacher des informations, stocker des éléments inutiles mais qui permettent éventuellement de justifier ses actions ; Mayer et al., 1995) et d'engager des conduites performantes, même si elles sont susceptibles de constituer un risque pour lui (e.g., proposer de nouvelles idées, partager des informations sur une erreur commise ; Dirks & Ferrin, 2002). Deuxièmement, le salarié assuré de la confiance de son superviseur serait en retour motivé à s'engager dans les comportements performants attendus afin de lui « rendre la pareille », selon un principe normatif de réciprocité (Dirks & Ferrin, 2002 ; Lee et al., 2018 ; Mayer et al., 1995). Dans ce sens, Lee et al. (2018) montrent que l'effet du LH sur la performance est également médiatisé par la qualité de la relation entre le superviseur et le salarié, conçu comme un échange mutuel et partenarial, fondé dans la confiance réciproque (Schriesheim et al., 1999). En somme, les qualités intrinsèques de la relation entre le superviseur et le salarié favorisées par le LH sont également propices à la performance (Figure 4).

Figure 4. Synthèse empirique des mécanismes de la relation entre LH et performance individuelle



1.3.3. LH et intention de quitter son emploi

L'intention de quitter son emploi est caractérisée par « la volonté consciente et délibérée de quitter l'organisation » (Tett & Meyer 1993, p. 4). Comme toute intention comportementale, elle est considérée comme le précurseur cognitif le plus proximal de l'émission effective du comportement par l'individu (Griffeth et al., 2000 ; Judge & Kammeyer-Mueller, 2012). En effet, les travaux réalisés dans le cadre de la théorie de l'action planifiée (TAP ; Ajzen 1991) montrent que les attitudes de l'individu relatives à un comportement donné, les normes subjectives et le contrôle que celui-ci pense exercer sur la production du comportement, sont toutes trois prédictives de l'intention de se comporter, laquelle, ensuite, explique l'émission effective de la conduite par l'individu.

Plusieurs méta-analyses confirment ce phénomène dans le cadre précis du départ volontaire de l'organisation (Griffeth et al., 2000 ; Tett & Meyer, 1993). L'intention de quitter l'organisation est bien le principal prédicteur du départ comparativement à des attitudes telles que la satisfaction professionnelle ou l'engagement organisationnel. Plus précisément, Griffeth et al. (2000) montrent que le départ volontaire de l'organisation témoigne d'un coefficient de

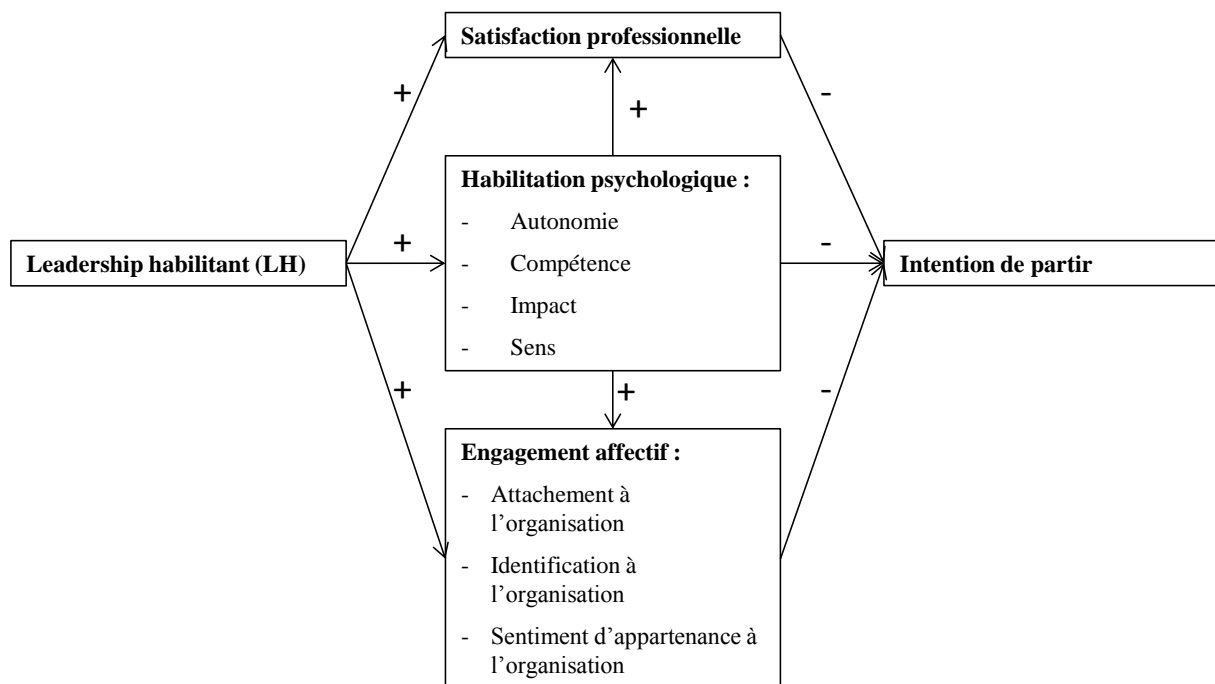
corrélation de 0,38 avec l'intention de partir (71 études), de -0,23 avec l'engagement organisationnel (67 études), et de -0,19 avec la satisfaction professionnelle (67 études). Enfin, Tett et Meyer (1993) montrent que les effets de la satisfaction professionnelle et de l'engagement organisationnel sur le départ sont complètement médiatisés par l'intention de partir, en cohérence avec les propositions de la TAP (Ajzen, 1991). Par conséquent, l'intention de départ s'impose comme la variable cognitive la plus prédictive du départ effectif des individus de l'organisation.

Les études sont moins abondantes sur le lien entre le LH et l'intention de partir comparativement aux travaux sur la relation entre le LH et la performance. Néanmoins, sur la base d'une méta-analyse regroupant six études, Kim et al. (2018) montrent que le LH diminue significativement l'intention de partir. Bien que le nombre d'études soit limité, plusieurs mécanismes explicatifs sont déjà soutenus dans la littérature. Premièrement, le LH favorise une diminution de l'intention de quitter l'emploi par le biais de l'augmentation consécutive de l'habilitation psychologique et de l'engagement affectif (Albrecht & Andretta, 2011 ; Chen et al., 2011 ; Kim & Beehr, 2018a). Comme nous l'avons déjà expliqué, l'habilitation psychologique favorise une intégration des buts et des valeurs du travail aux buts et valeurs du salarié (Deci et al., 2017 ; Zhang & Bartol, 2010). En d'autres termes, en situation perçue d'autonomie, d'efficacité, d'impact et de sens, le salarié s'identifie à son travail. Ce phénomène se manifeste par une forte motivation autonome dans l'activité (Deci et al., 2017), mais aussi par le développement d'un lien de nature affective entre le salarié et l'organisation (i.e., engagement affectif), caractérisé par de l'attachement, de l'identification et un sentiment d'appartenance à l'entreprise (Jackson et al., 2013 ; Judge & Kammeyer-Mueller, 2012 ; Meyer & Allen, 1991 ; Meyer et al., 2002). Lorsqu'il se sent relié ou engagé affectivement envers son organisation, le salarié a tendance à être moins absent, à moins vouloir quitter son emploi (Meyer et al., 2002) et à se sentir heureux à l'idée de passer le reste de sa carrière dans l'organisation (Allen & Meyer, 1990). En bref, c'est en favorisant l'habilitation psychologique que le LH favorise le développement d'un attachement affectif du salarié envers son organisation et diminue *in fine* l'intention de quitter son emploi (Albrecht & Andretta, 2011 ; Chen et al., 2011).

Toutefois, Chen et al. (2011) montrent que l'habilitation psychologique est en mesure de médiatiser les effets du LH sur l'intention de quitter l'emploi indépendamment de l'engagement affectif. En effet, l'ensemble des cognitions

de l'habilitation psychologique constituent intrinsèquement des récompenses pour le salarié. Par conséquent, le simple fait de sentir de l'autonomie, de l'efficacité, de l'impact et du sens dans le travail est source de satisfaction pour l'individu (Deci et al., 2017 ; Spreitzer et al., 1997) et susceptible de diminuer l'intention de partir, indépendamment du lien affectif avec l'organisation (Chen et al., 2011). Dans ce sens, Dewettinck et van Aemeijde (2011) montrent que le LH favorise l'habilitation psychologique, laquelle favorise ensuite l'intention de rester, par le biais d'une augmentation conjointe et indépendante de l'engagement affectif et de la satisfaction professionnelle. Ce résultat obtenu dans le cadre du LH sont cohérents avec les travaux de Tett et Meyer (1993) et soutient une fois de plus que la satisfaction professionnelle et le lien d'attachement de l'individu à l'organisation sont distincts au plan conceptuel, mais complémentaires dans l'explication de l'intention de partir (Figure 5).

Figure 5. Synthèse empirique des mécanismes reliant LH et intention de partir



1.4. LH et santé

1.4.1. Un manque de données et une littérature contrastée

Concernant la relation entre LH et santé, les études sont beaucoup plus rares. Kim et al. (2018) ne recensent que trois études dans leur méta-analyse. De plus, outre le manque de données, ils concluent à l'absence d'effet significatif du LH sur l'épuisement émotionnel, la tension et le cynisme, en lien avec les effets de faible intensité et/ou non significatifs rapportés dans les études (Bobbio et al., 2012 ; Cheong et al., 2016 ; Lorinkova & Perry, 2017). Si nous regardons chacune de ces recherches dans le détail, nous constatons qu'il existe une relation négative entre le LH d'une part, et l'épuisement émotionnel et le cynisme d'autre part (Bobbio et al., 2012 ; Lorinkova & Perry, 2017). Néanmoins, l'accomplissement professionnel ne semble pas être associé au LH, suggérant un effet différencié du LH sur les différentes composantes du burnout⁴ (Bobbio et al., 2012). Plus récemment, Cheong et al. (2016) montrent, d'une part, que le LH améliore la performance par le biais d'une augmentation du sentiment d'auto-efficacité. D'autre part, ils montrent que le LH diminue la performance par le biais d'une augmentation des tensions ressenties au travail. Ce dernier effet demeure plus faible, mais il suggère que le LH puisse aussi bien avoir des effets positifs que négatifs.

Cheong et al. (2016) postulent que l'autonomisation et l'augmentation de la latitude décisionnelle du salarié induite par le LH peuvent également représenter une exigence stressante pour le salarié. En effet, l'individu ne se contente plus simplement de réaliser les tâches prescrites, mais est également mis à contribution pour prendre des décisions dans son travail. Cheong et al. (2016) considèrent premièrement, à l'appui des travaux de Langfred et Moye (2004), que cette situation peut augmenter la charge et les interférences cognitives du salarié, en lien avec la nécessité ici d'une attention partagée entre tâches et décision. Selon eux, le coût lié à l'attention partagée (« switching cost ») est susceptible de déborder les capacités de l'individu et d'augmenter le stress. Deuxièmement, à l'appui de la théorie de Rizzo et al. (1970) sur les stresseurs de rôles, ils suggèrent que la délégation d'autorité au salarié peut entrer en conflit avec les attentes que celui-ci peut avoir quant à son rôle au travail et générer du stress. Dans ce sens, Kottwitz et al. (2013) montrent une relation positive entre

⁴ Pour une définition du burnout, se référer à la section 1.4.2.1.

les tâches perçues comme inadaptées par le salarié et le cortisol salivaire, considéré comme un indicateur biologique d'un niveau de stress élevé (McEwen & Seeman, 1999).

Ces travaux nous incitent à envisager plusieurs perspectives de recherche. Premièrement, (1) ils montrent tout simplement l'intérêt d'étudier les effets du LH sur la santé afin de développer des connaissances dans ce champ de recherche. Dans cette optique, il nous semble important (2) de mener des études dans des contextes organisationnels diversifiés afin de généraliser ou non les résultats observés. En effet, des travaux montrent que certains éléments contextuels tels que le niveau de justice organisationnelle et de soutien organisationnel peuvent modérer l'effet du LH sur l'empowerment comportemental par exemple (Boudrias et al., 2010). Plus précisément, le LH augmente l'habilitation comportementale lorsque la justice distributive⁵ et le soutien organisationnel sont élevés. En outre, d'autres travaux montrent que la culture des salariés quant à l'habilitation, et en particulier les attentes que ces derniers ont d'être habilités, modèrent l'effet du LH sur la perception que les employés ont des pratiques de leur manager (Wong & Giessner, 2018). Plus précisément, le LH favorise la perception chez le salarié d'un management laissez-faire et d'une faible efficacité du leader lorsque les attentes d'habilitation de l'individu sont faibles. Ces résultats suggèrent que les effets du LH peuvent varier en fonction des contextes organisationnels et culturels, et justifient, selon nous, la nécessité de diversifier les contextes d'étude afin de prétendre à une généralisation des résultats concernant les effets du LH sur la santé.

Nous concevons également l'intérêt (3) de diversifier les issues de santé étudiées, en considérant des indicateurs couramment utilisés dans l'étude des effets du leadership sur la santé psychologique, par exemple le stress, l'épuisement, ou le bien-être psychologique (Montano et al., 2017). Cette démarche nous permettra de situer les effets du LH dans le champ plus large de la recherche actuelle sur les liens entre leadership et santé (Nielsen & Taris, 2019). De cette façon, nous espérons enrichir la discussion de nos résultats au service de la compréhension du lien entre LH et santé, et contribuer plus généralement à l'amélioration des connaissances sur les liens entre management et santé. Ce travail semble d'autant plus important à mener que les premières études sur les effets du LH peuvent mettre en évidence des résultats

⁵ La justice distributive est définie comme la justice perçue dans la distribution des différents aspects du travail, tels que la charge de travail, les responsabilités, les horaires, les avantages ou encore le salaire par exemple (Colquitt, 2001 ; Niehoff & Moorman, 1993)

contradictaires, et même suggérer des conséquences négatives pour la santé des salariés (Cheong et al., 2016). Or, le LH bénéficie d'ores et déjà d'une large promotion dans le champ des sciences de gestion (Carney & Getz, 2016 ; Getz, 2012 ; Petit Dit Dariel, 2015), mais aussi auprès de la communauté des dirigeants d'organisation et du grand public en France notamment (Meissonnier, 2014). Dans l'hypothèse d'effets négatifs du LH sur la santé des travailleurs, cette promotion pourrait conduire à des conséquences néfastes en termes de santé publique et mériterait d'être interrogée. À l'inverse, dans l'hypothèse d'effets positifs du LH sur la santé, la promotion actuelle pourrait être encouragée et soutenue par des éléments de preuve supplémentaires, au service de la santé publique et de la performance des organisations. Par conséquent développer l'état des connaissances sur le lien entre le LH et la santé présente un intérêt public certain.

Dans l'objectif d'étudier la relation entre le LH et la santé, nous allons dans un premier temps décrire une série de mécanismes psychologiques susceptibles d'expliquer le lien entre environnement socio-professionnel et santé. Une fois ce cadre posé, nous développerons un argumentaire théorique sur les effets du LH, qui nous permettra d'aboutir à la formulation d'hypothèses que nous pourrions tester dans le cadre de la présente recherche.

1.4.2. Management et santé au travail

Les environnements professionnels sont susceptibles d'affecter la santé des travailleurs via de multiples mécanismes (Amira, 2014). Nous pouvons citer par exemple l'exposition à des agents infectieux pathogènes comme le SARS-CoV-2 (INRS, 2015a, 2020), susceptible de conduire à des infections (i.e., la COVID-19) via des mécanismes biologiques, ou encore la manutention physique, susceptible de conduire à des troubles musculo-squelettiques via des mécanismes biomécaniques (INRS, 2015b). Les mécanismes de l'effet des pratiques managériales sur la santé méritent encore d'être étudiés (Montano et al., 2017 ; Nielsen & Taris, 2019), mais la littérature montre déjà très nettement que le management est un élément de l'environnement de travail à considérer afin d'expliquer la santé des individus (Nielsen & Taris, 2019). À partir d'une méta-analyse regroupant 478 études, Montano et al. (2017) montrent que les différents styles de leadership sont susceptibles de produire des effets différenciés sur la santé psychologique. Plus précisément, ils montrent que le

leadership transformationnel et la qualité de la relation entre le leader et le salarié contribuent à augmenter le bien-être et à diminuer le stress et le burnout, tandis que les leaderships « destructeurs »⁶ contribuent, à l'inverse, à diminuer le bien-être et à augmenter le stress et le burnout. En somme, le management peut être conçu comme un facteur professionnel susceptible d'influencer positivement ou négativement la santé psychologique des salariés (INRS, 2016). Dans cette partie, nous décrivons une série d'indicateurs de santé psychologique au travail couramment utilisés pour étudier la relation entre leadership et santé psychologique (Montano et al., 2017), à savoir, le stress, l'épuisement professionnel, les affects négatifs et les affects positifs. À chaque fois, nous nous attacherons à décrire les mécanismes psychologiques, mais aussi biologiques (e.g., nerveux, hormonaux), qui relient chacun de ces indicateurs avec la santé physique et psychologique. Comme nous le verrons progressivement, le stress, l'épuisement, les affects négatifs et les affects positifs s'avèrent tout à fait complémentaires du point de vue des mécanismes psychobiologiques qu'ils reflètent dans l'explication du lien entre environnement social et santé au sens large. À l'appui de l'ensemble de cette réflexion empirique, nous espérons élaborer un cadre conceptuel pertinent pour l'étude du lien entre le LH et la santé, à la fois physique et psychologique.

1.4.2.1. Du stress perçu à l'épuisement émotionnel

Selon Amirkhan (2012), les multiples théories s'accordent pour définir le stress comme une surcharge, qui résulte de l'interaction entre les exigences et les ressources. Par surcharge, nous comprenons un processus par lequel les exigences environnementales dépassent les capacités d'adaptation de l'organisme, et génèrent des effets psychologiques, comportementaux et biophysologiques susceptibles d'augmenter le risque de maladie (Cohen et al., 1995). La littérature sur les conséquences du stress est abondante. Au plan somatique, elle témoigne, par exemple, du rôle du stress dans l'émergence de l'obésité, des infections respiratoires, de l'insuffisance immunitaire, des maladies cardio-vasculaires, ainsi que dans la croissance des tumeurs, le

⁶ Einarsen et al. (2007) définissent le leadership destructeur comme des comportements répétés du leader susceptibles de compromettre la réalisation des buts de l'organisation, et de nuire à l'efficacité, à la motivation, à la satisfaction et au bien-être des subordonnés (e.g., conduites autoritaires, manipulatoires, abusives ou agressives).

raccourcissement des dendrites dans l'hippocampe et le cortex préfrontal, et le raccourcissement des télomères (Mathur et al., 2016). Sur le plan économique, le coût annuel du stress en termes de perte de productivité économique et de dépenses de santé est estimé entre 1,17 et 3 milliards de dollars (américains) pour la France, et entre 2,97 et 11 milliards de dollars (américains) pour le Canada par exemple (Hassard et al., 2018).

Le cerveau est clairement identifié comme l'organe clef du phénomène de stress dans la mesure où c'est l'évaluation du caractère menaçant de la situation qui détermine les réponses biophysiques et comportementales qui préfigurent l'état de maladie (de Kloet et al., 2005 ; Hermans et al., 2014 ; McEwen, 2007). Dans ce sens, et en cohérence avec la théorie transactionnelle du stress de Lazarus et Folkman (1984), le stress perçu peut être appréhendé comme une mesure pertinente du phénomène de stress. Cohen et al. (1983) considèrent le stress perçu comme le niveau auquel les individus perçoivent leur vie comme imprévisible, incontrôlable et débordant leurs ressources.

Par ailleurs, dans les années 1980, l'épuisement émotionnel a émergé dans la littérature comme une conséquence et une manifestation de la chronicisation du stress (Maslach & Schaufeli, 1993). L'épuisement émotionnel participe à définir le syndrome du burnout en association avec le cynisme et la réduction du sentiment d'accomplissement personnel (Maslach et al., 2001 ; Maslach & Schaufeli, 1993). Il est considéré comme le facteur central du burnout (Maslach et al., 1997 ; Schutte et al., 2000), dans la mesure où c'est l'épuisement progressif des ressources de la personne qui est considéré comme le précurseur des deux autres symptômes du burnout (Maslach et al., 2001), et que le vécu d'épuisement se trouve le plus souvent au cœur de l'expérience des personnes touchées par ce syndrome (Maslach et al., 2001). L'épuisement émotionnel est caractérisé par le sentiment de ne plus pouvoir s'investir physiquement et psychologiquement dans les missions professionnelles, et au sentiment d'être débordé et épuisé de ses ressources émotionnelles (Maslach et al., 1997 ; Schutte et al., 2000). L'épuisement émotionnel, et plus généralement le burnout, sont appréhendés comme une conséquence directe du stress chronique en cohérence avec le modèle biologique du stress de Selye (1967, 1973) qui considère que l'épuisement de l'organisme provient à la suite d'une phase plus ou moins longue de résistance face au stress (Maslach & Schaufeli, 1993). Durant la phase de résistance, l'individu mobilise ses ressources pour faire face à la situation stressante. Si le stress n'est pas régulé, cette phase se prolonge jusqu'à l'épuisement des ressources de l'individu qui peut se manifester au plan

psychologique par le burnout. C'est pourquoi le burnout est considéré comme une conséquence d'un état de stress chronique (Maslach & Schaufeli, 1993). Dans ce sens, Maslach et al. (2001) rapportent que l'épuisement émotionnel est associé aux mêmes conséquences de santé et aux mêmes indicateurs physiologiques que le stress chronique.

Pour aller plus loin sur le plan physiologique, certaines études mettent en évidence un lien entre le burnout et une réduction ou un dérèglement des systèmes endocriniens et nerveux impliqués dans la réponse au stress (i.e., principalement l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien et le système nerveux autonome sympathique et parasympathique) suggérant un état d'épuisement physiologique de l'organisme et la diminution de la capacité de ce dernier à faire face au stress (de Vente et al., 2015 ; Jönsson et al., 2015 ; Jovanovic et al., 2011). Néanmoins, même si le burnout est généralement associé à une diminution typique de la réponse physiologique au stress (Toker et al., 2012), il convient de préciser que les résultats sont hétérogènes dans la littérature, ce qui limite la possibilité de conclure définitivement à l'existence de manifestations physiologiques spécifiques qui distingueraient parfaitement le burnout du stress ou de la dépression (Jonsdottir & Sjors Dahlman, 2018 ; Toker et al., 2012 ; Wekenborg et al., 2019).

Quoi qu'il en soit, les études épidémiologiques et psychologiques montrent aujourd'hui clairement l'effet négatif du burnout sur la santé. À l'appui d'une méta-analyse réalisée à partir de 61 études prospectives, Salvagioni et al. (2017) montrent par exemple les effets négatifs du burnout dans l'émergence des maladies cardio-vasculaires (MCV) et de leurs facteurs de risque tels que l'hypercholestérolémie et le diabète de type 2. Deux perspectives sont envisagées pour expliquer ces effets : (1) le changement de style de vie et plus précisément l'augmentation des prises alimentaires et la réduction de l'activité physique, comme des ajustements comportementaux et des conséquences intermédiaires du burnout (Toker et al., 2012) ; et (2) les perturbations des systèmes hypothalamo-hypophyso-surrénaliens et du système nerveux autonome, qui induiraient en cascade une hyperactivation des fonctions vitales (e.g., fréquence cardiaque, pression artérielle), un dérèglement de l'immunité (e.g., état inflammatoire) et un dérèglement de l'activité métabolique (e.g., hyperlipidémie, hyperglycémie). L'ensemble de ces mécanismes est susceptible de favoriser à la fois l'émergence de MCV et les facteurs de risque de MCV (e.g., le diabète de type 2 ; Salvagioni et al., 2017 ; Toker et al., 2012). Ces deux perspectives (i.e., psycho-comportementale et neuro-bio-physiologique) sont

d'ailleurs aujourd'hui appréhendées comme relevant d'un même système dans le champ récent de la psycho-neuro-immunologie (Slavich, 2020).

En outre, le burnout est positivement relié à l'insomnie, aux symptômes dépressifs, à l'usage de psychotropes et d'antidépresseurs, et à l'hospitalisation pour trouble mental (Salvagioni et al., 2017). En effet, le burnout favoriserait les troubles du sommeil par le biais des manifestations anxieuses et de l'activation émotionnelle qu'il génère : l'individu anxieux et éprouvant un état d'activation affectif ne parvient plus à trouver le sommeil (Armon, 2009 ; Armon et al., 2008). L'insomnie et plus généralement la diminution progressive des ressources qu'elle induit, participe ensuite à augmenter l'épuisement dans une dynamique de renforcement circulaire. Plus l'individu est épuisé, moins il trouve le sommeil, et moins il trouve le sommeil, plus il est épuisé (Armon, 2009 ; Armon et al., 2008). Cette dynamique conduit l'individu à faire l'expérience d'une spirale ascendante de perte de ressources, qui aboutit ensuite à l'émergence des manifestations dépressives (Armon et al., 2014 ; Luyster et al., 2006), en cohérence avec la théorie de conservation des ressources (TCR) qui postule que l'affaiblissement des ressources (et l'échec des tentatives d'ajustement pour l'endiguer) conduit à la détresse psychologique (Armon et al., 2014 ; Hobfoll, 1989).

1.4.2.2. *Affects négatifs et affects positifs*

Le bien-être psychologique au travail est un concept inclusif dans la littérature, qui peut renvoyer aussi bien à la satisfaction professionnelle, à la présence d'affects positifs, à l'absence d'affects négatifs, ou encore à l'absence de stress ou de dépression (Bowling et al., 2010 ; Diener et al., 1999). Warr (2013) propose néanmoins de distinguer deux perspectives du bien-être au travail, selon la part prise par les processus cognitifs. Il distingue d'une part le bien-être affectif et d'autre part les syndromes cognitivo-affectifs. La première perspective appréhende directement les affects éprouvés par l'individu dans son travail. Il s'agit pour le participant de rapporter la fréquence à laquelle il a expérimenté par exemple de la tristesse ou du plaisir (Van Katwyk et al., 2000 ; Warr, 1990). L'individu exprime alors directement un simple sentiment qui ne nécessite pas de traitement cognitif complexe (Warr, 2013). Comme la première, la deuxième perspective rassemble des mesures engageant des aspects affectifs, auxquels s'ajoutent des aspects plus cognitifs. Il s'agit par exemple des mesures

de stress, d'épuisement, d'engagement ou de satisfaction professionnelle. Lorsque l'individu répond à ces échelles, Warr (2013) explique qu'il mobilise des souvenirs, des idées et des schémas mentaux (allant au-delà des simples affects), et qu'il les traite de manière plus complexe, en les interprétant, en les évaluant ou en réalisant des comparaisons. Par exemple, l'individu qui répond à une échelle de stress perçu rapporte la fréquence à laquelle il s'est senti capable de gérer ses problèmes personnels, ou à laquelle les choses se passaient de manière imprévue (Cohen et al., 1983). Il est alors amené à se remémorer des souvenirs et à les interpréter pour répondre aux questions posées.

Nous pouvons donc distinguer les mesures se rapportant au bien-être psychologique selon que celles-ci mobilisent simplement les affects ou engagent davantage la cognition. Pour autant, il est important d'insister sur le fait que les composantes affectives et cognitives sont complémentaires dans la définition du bien-être psychologique (Bowling et al., 2010 ; Diener et al., 1999 ; Ouweneel et al., 2012). Dans ce sens, Ouweneel et al. (2012) montrent, par exemple, que les affects positifs (i.e., mesure affective) ressentis au travail au jour le jour, favorisent l'espoir de réussir son travail (i.e., mesure cognitivo-affective), ce qui augmente en cascade l'engagement au travail en termes de vigueur, d'absorption et de dévouement (i.e., mesure cognitivo-affective). Les affects apparaissent ici comme les précurseurs de cognitions sur soi et son travail, et l'ensemble de ces construits participe à la définition du bien-être psychologique au travail (Ouweneel et al., 2012).

À ce stade de la réflexion, nous concevons l'intérêt de distinguer les affects des syndromes cognitivo-affectifs, tant (1) sur le plan psychométrique, du point de vue des processus mobilisés dans la réponse aux échelles, (2) que sur le plan psychologique considérant la place de précurseur que semblent occuper les affects dans la relation entre l'environnement et le bien-être psychologique. Cette première réflexion suggère le caractère complémentaire des affects, en plus du stress ou de l'épuisement (i.e., des syndromes cognitivo-affectifs), dans l'étude du lien entre le LH et la santé. Afin de préciser cette perspective, nous allons maintenant nous intéresser plus particulièrement à présenter les composantes affectives du bien-être (i.e., les affects négatifs et positifs) et leurs relations avec la santé.

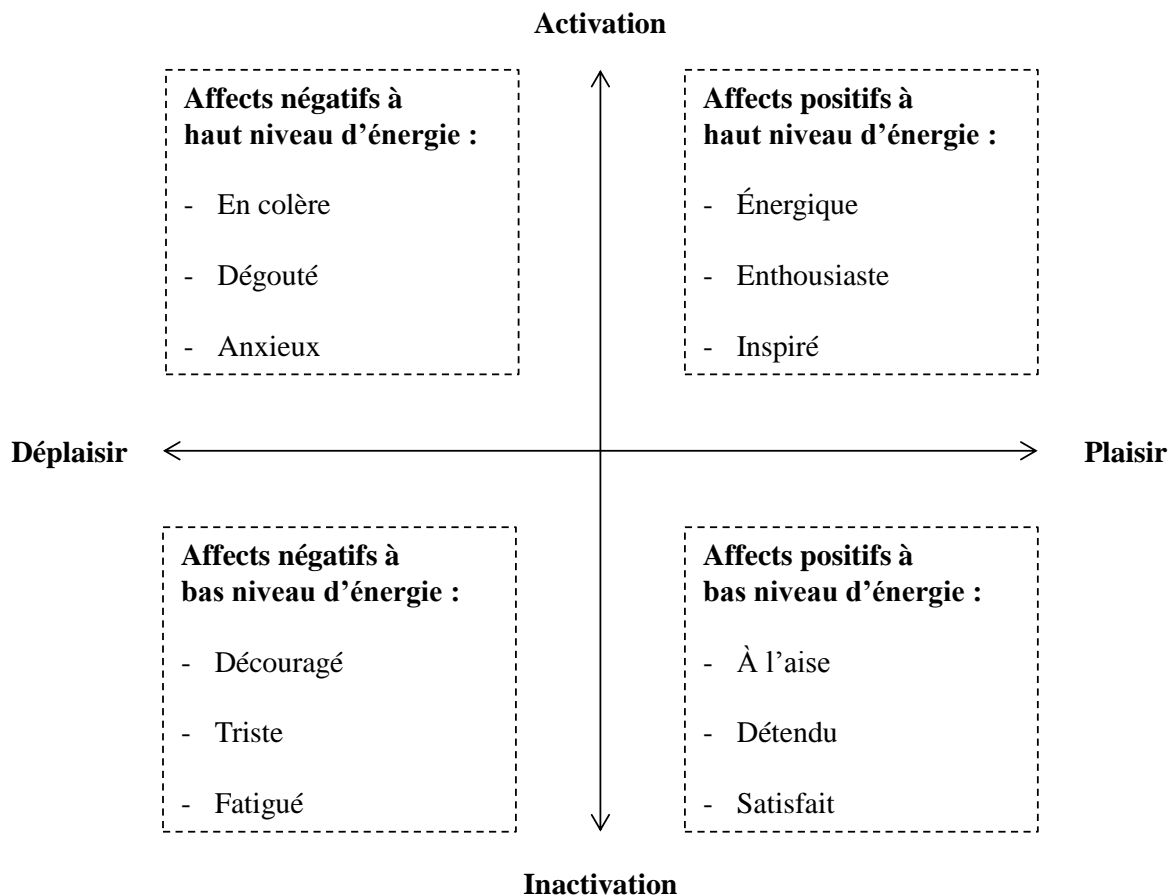
Russell (2003) explique que « le cœur de l'affect est cet état neurophysiologique accessible en conscience comme un simple sentiment brut (non réfléchi) qui se manifeste dans les humeurs et les émotions » (p. 148). L'affect est donc une expérience directement accessible par l'individu, sans

recourir à des processus cognitifs ou de réflexion. Russell (2003) parle d'un sentiment « flottant » (« free-floating form »)⁷. Dans le modèle circomplexe proposé par Russell (1979, 1980, 2003), également validé dans le contexte professionnel (Schaufeli & van Rhenen, 2006 ; Van Katwyk et al., 2000 ; Warr, 1990), l'affect éprouvé par l'individu à un instant t est défini comme la combinaison de deux dimensions bipolaires indépendantes (i.e., orthogonales) : (1) la dimension « plaisir – déplaisir » qui classe les affects sur un continuum allant des affects déplaisants (e.g., déprimé) aux affects plaisants (e.g., heureux) ; et (2) la dimension « activation – inactivation » qui classe les affects selon leur niveau d'énergie, en allant de la somnolence à l'excitation. Autrement dit, les affects qui relèvent du plaisir peuvent varier selon leur niveau d'activation. La combinaison du plaisir et de l'activation est quant à elle caractérisée par des affects positifs à haut niveau d'énergie tels que l'enthousiasme, et le sentiment d'être énergique et inspiré. La combinaison du plaisir et à l'inverse d'un état de faible activation est caractérisée par des affects toujours positifs mais à faible niveau d'énergie, tels que le sentiment d'être à l'aise, détendu ou encore satisfait.

Dans le registre des affects négatifs, la même logique est observée. La combinaison du déplaisir et de l'activation est caractérisée par des affects négatifs à haut niveau d'énergie tels que le sentiment d'être anxieux, dégoûté ou en colère. Finalement, la combinaison du déplaisir et à l'inverse d'un état de faible activation est caractérisée par des affects négatifs à faible niveau d'énergie, tels que le sentiment d'être découragé, fatigué ou triste (Figure 6 ; Schaufeli & van Rhenen, 2006).

⁷ Les émotions, en revanche, peuvent être considérées comme des manifestations affectives spécifiques, dans la mesure où elles sont associées par l'individu à un événement ou à un objet particulier (Fredrickson, 2001), et qu'elles sont plus directement reliées à des patterns de réponses cognitivo-comportementales et physiologiques spécifiques (Fredrickson, 2001 ; Gross, 2015 ; Russell, 2003). Pour cette raison, l'émotion peut-être définie conceptuellement comme un pattern de réponses multidimensionnel (Moors et al., 2013).

Figure 6. Représentation du modèle circomplexe de Russel (1979, 1980, 2003)



L'état affectif de l'individu peut varier fonction de la « qualité affective » des objets ou des situations que ce dernier rencontre dans son environnement (Russell, 2003), ou des représentations mentales qui sont actualisées (e.g., la pensée que nous pourrions échouer professionnellement ; Gross, 2015). Plus précisément, l'individu évalue inconsciemment si la situation favorise ou fait obstacle à ses intérêts, qu'il s'agisse de ses besoins, de ses valeurs, de ses attachements, de ses buts ou de ses croyances (Moors et al., 2013). C'est cette évaluation qui déclenche en cascade « l'épisode affectif », caractérisé par des réponses expérientielles, mais aussi cognitives, comportementales, et physiologiques (Gross, 2015 ; Moors et al., 2013). La valence de l'affect est positive lorsque la situation est évaluée comme favorable aux intérêts de la personne, et négative lorsque la situation menace les intérêts de cette dernière (Gross, 2015).

Sur ce point, soulignons que le mécanisme de l'émergence des affects négatifs est comparable aux mécanismes de développement du stress du point de

vue des processus évaluatifs qui sont mobilisés (Gross, 2015 ; Lazarus, 1993). En effet, le stress émerge suite à l'évaluation par l'individu d'une potentielle menace de perte de ressources (Hobfoll, 1989) et de l'incapacité de ce dernier à faire face à la situation (Lazarus, 1974). Dans ce sens, le stress est considéré comme un état affectif négatif. Néanmoins, il se distingue des affects dans la mesure où il est moins spécifique ou précis sur l'expérience subjective de la personne et la nature de sa relation à l'environnement (Gross, 2015 ; Lazarus, 1993). Par exemple, les affects tels que la peur, l'effroi ou la panique sont plus précis sur le vécu affectif de l'individu que le stress. Ces affects nous donnent plus d'informations sur le sens subjectif pour la personne de la situation rencontrée, au-delà de la simple perception de ne pas pouvoir faire face (Gross, 2015).

Les différents affects négatifs tendent à montrer des effets négatifs comparables sur la santé (DeSteno et al., 2013), notamment sur le burnout (Schaufeli & van Rhenen, 2006), les maladies cardio-vasculaires (Bottaccioli, 2017 ; Roest et al., 2010) ou le diabète (DeSteno et al., 2013). Dans ce sens, certains travaux soutiennent l'idée que c'est la détresse psychologique générale, quel que soit l'affect négatif considéré (e.g., anxiété, colère), qui est susceptible d'affecter en cascade la santé selon les mécanismes cognitivo-comportementaux et neuro-bio-physiologiques que nous avons déjà décrits dans le cadre du stress et de l'épuisement (DeSteno et al., 2013 ; Kubzansky et al., 2006 ; Ng et al., 2019 ; Suls & Bunde, 2005). Dans ce travail de thèse, nous retiendrons que les affects négatifs constituent un indicateur de santé pertinent, susceptible de préciser les effets du LH en complément du stress perçu.

À l'inverse des affects négatifs, la littérature montre des effets favorables des affects positifs sur la santé psychologique (Gloria & Steinhardt, 2016) et somatique, en particulier dans la prévention des maladies cardio-vasculaires (Boehm & Kubzansky, 2012 ; Pressman et al., 2019). L'un des mécanismes de ces effets les plus étayés empiriquement est décrit dans le modèle de l'ouverture et de la construction (« broaden-and-build model » ; Fredrickson, 2001).

Dans le registre cognitivo-comportemental, les affects négatifs conduisent à une restriction du répertoire des pensées et des actions engagées par l'individu (Friedman & Förster, 2010 ; Hermans et al., 2014 ; Staw et al., 1981). Plus précisément, en situation menaçante ou stressante, l'individu a tendance à focaliser son attention sur la menace au détriment de l'information périphérique, et à maintenir les réponses comportementales habituelles (i.e., apprises par le passé) pour s'ajuster (Staw et al., 1981). Cette réaction peut être adaptative

lorsque l'individu est exposé à une menace, puisqu'elle favorise la concentration sur le problème et l'ajustement à la situation (Derryberry & Tucker, 1994 ; Friedman & Förster, 2010), à la condition bien sûr que le répertoire des comportements précédemment acquis soit adapté à la situation rencontrée (Gross & Jazaieri, 2014 ; Staw et al., 1981).

En outre, les affects positifs conduisent à un élargissement du répertoire des pensées et des actions qui viennent à l'esprit. Plus précisément, lorsque l'individu expérimente des affects positifs, il est plus enclin à s'engager dans des patterns de pensées et d'action atypiques ou innovants (Bledow et al., 2012 ; Fredrickson, 2001). Cette ouverture et cet engagement dans la nouveauté s'avèrent particulièrement adaptatifs en situation non menaçante, dans la mesure où ils permettent la construction de nouvelles ressources personnelles (e.g., l'estime de soi, l'auto-efficacité, l'optimisme ; Xanthopoulou et al., 2012) susceptibles d'améliorer la capacité à s'ajuster plus tard, par exemple lors de la survenue d'une situation stressante (Fredrickson, 2001 ; Gloria & Steinhardt, 2016). Ces propositions sont cohérentes avec le modèle des contraintes et des ressources (MCR ; Bakker & Demerouti, 2014), qui prédit que les ressources permettent de mieux s'ajuster aux exigences environnementales et de limiter leur impact négatif sur la santé (Bakker & Demerouti, 2017). Dans ce sens, Fredrickson et al. (2008) montrent, à l'aide d'un protocole expérimental, que l'augmentation des affects positifs contribue à diminuer les symptômes dépressifs et à augmenter la satisfaction de vie, par le biais d'une augmentation des ressources personnelles (e.g., acceptation de soi) et sociales (e.g., relations positives avec les autres). Dans cette perspective, les affects positifs peuvent être envisagés comme un moyen de développer des ressources, et par conséquent contribuer à une amélioration de l'état de santé (Hobfoll, 1989).

Toutefois, précisons que l'effet des affects positifs sur la santé ne se limite pas à un mécanisme cognitivo-comportemental (Pressman et al., 2019). L'effet protecteur des affects positifs, notamment dans le cadre des maladies cardiovasculaires, pourrait également être lié à l'activation du système nerveux parasympathique et en particulier du nerf vague (i.e., le dixième nerf crânien). Celui-ci est impliqué entre autres dans la diminution du rythme cardiaque, en exerçant un effet (1) inhibiteur du système nerveux sympathique et (2) compensateur de l'effet des hormones de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (Bibeovski & Dunlap, 2011 ; Porges, 2007). L'action du nerf vague est par conséquent antagoniste des systèmes impliqués dans les manifestations cardiaques du stress, et vise à l'inverse à mettre l'organisme dans un état

physiologique favorable à la récupération (Porges, 2007), mais aussi au développement (Porges, 2007 ; Thayer & Lane, 2000), notamment en favorisant la flexibilité attentionnelle et affective (Kok & Fredrickson, 2010).

Dans ce sens, plusieurs études témoignent d'un mécanisme psycho-neuro-physiologique circulaire dans la relation entre affects positifs et activation du nerf vague, opérationnalisé par la variabilité du rythme cardiaque (VRC : plus la VRC est élevée, plus le nerf vague est activé ; Porges, 2007). Plus le système vagal est activé, plus l'individu est susceptible de faire des expériences sociales et émotionnelles positives, et plus il fait des expériences sociales et émotionnelles positives, plus il active son système vagal, le tout dans une spirale ascendante qui serait vertueuse pour sa santé psychologique mais aussi physique (Kok & Fredrickson, 2010 ; Kok et al., 2013). À l'inverse, la littérature montre qu'une sous activation du nerf vague est associée à une augmentation du risque d'infarctus du myocarde (Bibeovski & Dunlap, 2011).

1.4.2.3. Synthèse : Deux mécanismes psychobiologiques complémentaires pour l'étude du lien entre LH et santé

La santé est un phénomène systémique, caractérisé par l'interaction dynamique de multiples facteurs environnementaux (e.g., physiques, sociaux) et individuels (e.g., biologiques, psychologiques ; Engel, 1980 ; Koleck et al., 2003 ; Slavich, 2020). La littérature sur les mécanismes du stress est un exemple particulièrement explicite de ces phénomènes systémiques et dynamiques (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014). Des déterminants environnementaux, tels qu'une surcharge de travail par exemple, sont susceptibles de générer du stress perçu chez le salarié (Johnson et al., 1989), ce qui en cascade déclenche une série de réactions cognitivo-comportementales, neurologiques, hormonales et immunitaires permettant au salarié de s'adapter (Lazarus & Folkman, 1984 ; McEwen, 2007 ; Selye, 1973 ; Slavich, 2020). Néanmoins, si ces réactions échouent à réguler la situation stressante, elle peuvent générer un épuisement psychologique (Maslach et al., 2001) et biophysique (de Vente et al., 2015 ; Jönsson et al., 2015 ; Jovanovic et al., 2011), et sont susceptibles à terme de favoriser une décompensation de l'organisme vers un état de maladie (e.g., maladie cardio-vasculaire, dépression ; Johnson et al., 1989 ; Salvagioni et al., 2017).

Cet exemple permet de bien distinguer l'état de maladie des mécanismes psychobiologiques médiateurs qui permettent véritablement d'expliquer pourquoi l'environnement influence la santé des individus (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014 ; Slavich, 2020). Dans cette perspective, le stress perçu peut tout d'abord être considéré comme un indicateur de santé psychologique en tant que tel. Mais il peut également être considéré comme une variable médiatrice reflétant l'activation de mécanismes psychobiologiques susceptibles de conduire à des issues de santé négatives telles que les maladies cardio-vasculaires (Koleck et al., 2003 ; McEwen, 2007 ; Rasclé & Irachabal, 2001 ; Salvagioni et al., 2017).

Ce statut mixte, à la fois d'indicateur de santé et de médiateur, caractérise également les affects négatifs, l'épuisement émotionnel et les affects positifs. Pour commencer, les affects négatifs reflètent des mécanismes psychobiologiques (et expose à des conséquences de santé) très proches de ceux du stress (Ng et al., 2019). Toutefois, ils sont conceptuellement moins spécifiques et englobent une palette plus large de registres affectifs, tels que la colère ou la tristesse par exemple (Van Katwyk et al., 2000 ; Warr, 2013). À ce titre, certains auteurs encouragent à explorer les mécanismes et les effets différenciés sur la santé du stress et des affects négatifs, et plus généralement des affects négatifs entre eux (DeSteno et al., 2013 ; Lazarus, 1993). Dans cette perspective, nous retenons que les affects négatifs recouvrent, à minima, les mêmes mécanismes que les effets du stress sur la santé, et qu'ils sont susceptibles d'élargir le spectre des registres affectifs négatifs vécus par l'individu (DeSteno et al., 2013 ; Lazarus, 1993 ; Van Katwyk et al., 2000). Par conséquent, ils peuvent compléter la mesure du stress perçu dans l'objectif de mesurer plus largement l'activation des mécanismes psychobiologiques de l'adaptation à un environnement exigeant/menaçant (i.e., affects négatifs comme médiateur) et leurs conséquences sur la santé psychologique (i.e., affects négatifs comme issue de santé négative ; DeSteno et al., 2013).

L'épuisement émotionnel est également complémentaire au stress et aux affects négatifs dans la mesure des effets de l'environnement sur la santé. En tant que résultat de l'exposition prolongée au stress, l'épuisement nous renseigne sur la chronicisation du stress vécu par l'individu (Maslach & Schaufeli, 1993), et sur un état d'effondrement des mécanismes psychologiques et biologiques d'adaptation à un environnement exigeant/menaçant, susceptible de conduire à de multiples décompensations physiques et psychologiques (i.e., épuisement comme médiateur ; de Vente et al., 2015 ; Jönsson et al., 2015 ;

Jovanovic et al., 2011 ; Maslach et al., 2001 ; Salvagioni et al., 2017). En d'autres termes, l'épuisement émotionnel, en complément du stress, peut nous permettre de distinguer les effets temporaires des effets plus durables de l'environnement sur la santé. Il permet donc de saisir le caractère « dynamique » des effets du stress sur la santé (tel que proposé dans les modèles biopsychosociaux ; Engel, 1980 ; Koleck et al., 2003 ; McEwen, 2007 ; Slavich, 2020), et, sur un registre environnemental, le caractère durable ou prolongé des exigences/menaces expérimentées par l'individu. En somme, l'épuisement peut aussi bien être conçu (1) comme un indicateur de l'exposition prolongée à un environnement exigeant/menaçant (de Vente et al., 2015 ; Maslach & Schaufeli, 1993), (2) comme une issue de santé psychologique négative (Maslach et al., 2001), et (3) comme un médiateur vers des issues de santé physique et psychologique négatives (Salvagioni et al., 2017).

Les affects positifs, en revanche, représentent un mécanisme différent et complémentaire du stress perçu, des affects négatifs et de l'épuisement émotionnel. En effet, si ces derniers reflètent des mécanismes psychobiologiques d'adaptation à des situations menaçantes (DeSteno et al., 2013), les affects positifs témoignent pour leur part de mécanismes psychobiologiques d'adaptation à des situations environnementales sécurisées (i.e., activation du nerf vague, ouverture cognitivo-comportementale, développement des ressources psychobiologiques), susceptibles de favoriser en retour une adaptation durable aux situations menaçantes et de limiter une dégradation de la santé physique et psychologique (i.e., affects positifs comme médiateur ; Fredrickson, 2001 ; Kok & Fredrickson, 2010 ; Kok et al., 2013 ; Porges, 2007 ; Pressman et al., 2019). Plus généralement, les affects positifs peuvent aussi bien être conçus (1) comme un indicateur de l'exposition à un environnement non menaçant, (2) comme une issue de santé psychologique positive, constitutive du bien-être (Warr, 2013), et (3) comme un médiateur vers des issues de santé physique et psychologique favorables (Pressman et al., 2019).

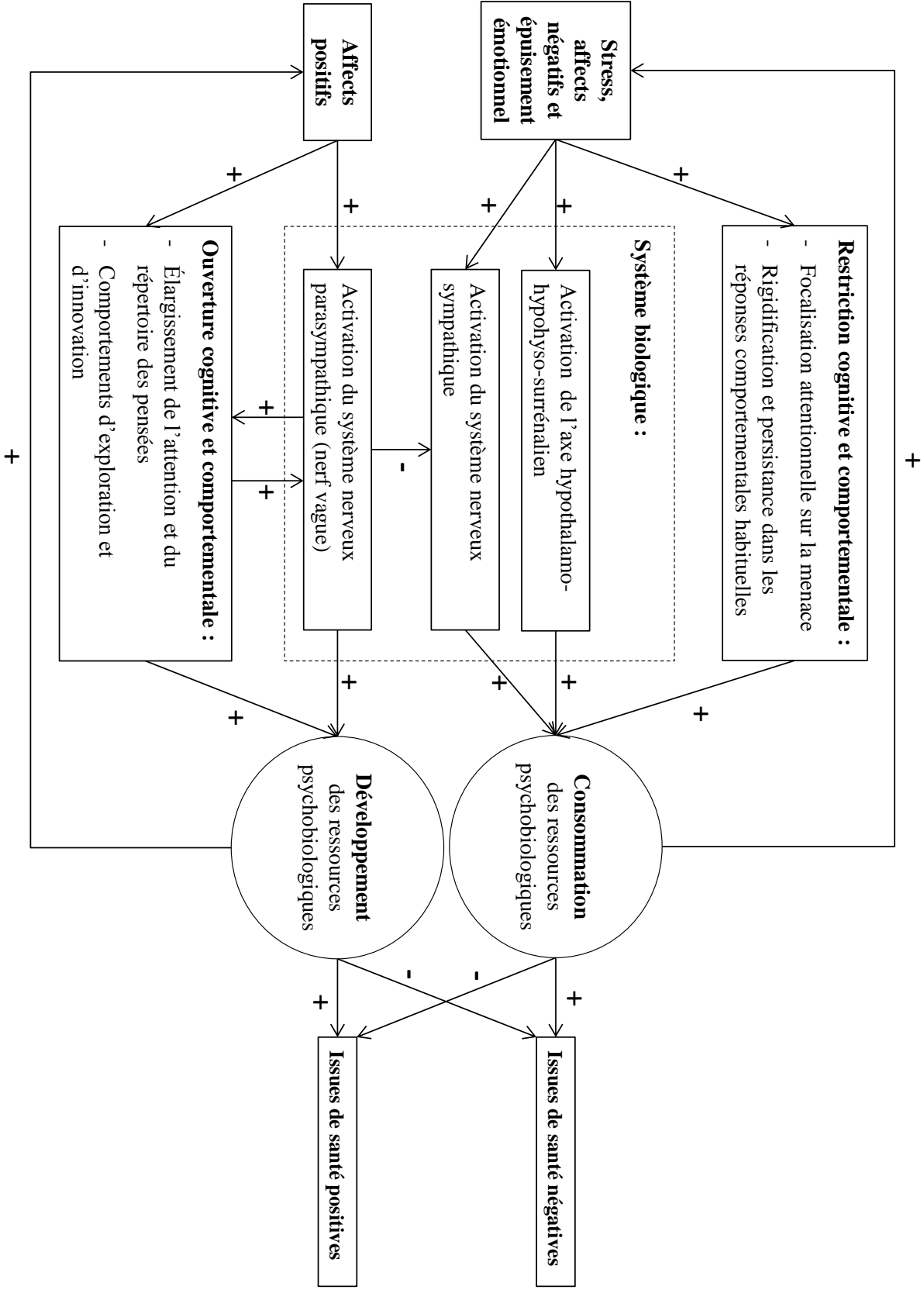
En somme, le stress, les affects négatifs et l'épuisement d'une part, et les affects positifs, d'autre part, reflètent l'activation de deux systèmes différents et antagonistes, mais tout à fait complémentaires dans l'adaptation de l'individu à son environnement (DeSteno et al., 2013). Considérant ces éléments, il apparaît pertinent de considérer les affects positifs, en plus des affects négatifs, du stress et de l'épuisement, dans l'étude des effets de l'environnement sur la santé. Une telle batterie d'indicateurs est susceptible d'explorer non plus seulement les

effets positifs ou négatifs de l'environnement sur les précurseurs des mécanismes d'adaptation à la menace (e.g., les affects négatifs), mais également les effets positifs ou négatifs de l'environnement sur les précurseurs des mécanismes de la récupération et du développement des ressources (i.e., les affects positifs ; Fredrickson, 2001 ; Kok et al., 2013 ; Porges, 2007).

Par conséquent, la prise en compte de ces deux types d'indicateurs psychologiques est susceptible de constituer un cadre d'étude pertinent de l'effet du LH et des pratiques de management en général sur la santé. L'étude de l'effet du LH sur les affects négatifs, le stress et l'épuisement nous indiquerait en quoi le LH représente une menace susceptible d'épuiser les ressources des individus et de générer des issues de santé négatives. À l'inverse, l'étude de l'effet du LH sur les affects positifs nous indiquerait en quoi le LH représente une ressource susceptible de favoriser la récupération, le développement de l'individu et les issues de santé positives (Figure 7).

Pour finir, rappelons que le LH est conçu comme un ensemble de pratiques favorables à la motivation intrinsèque (Thomas & Velthouse, 1990 ; Zhang & Bartol, 2010), susceptible à son tour de refléter et de favoriser le développement des salariés (Deci et al., 2017 ; McGregor, 1960 ; Spreitzer, 1995a), c'est-à-dire l'expression de leur « tendance inhérente à rechercher la nouveauté et les défis, à étendre et à exercer [leurs] capacités, à explorer et à apprendre » (Ryan & Deci, 2000, p. 70). Au regard de la littérature, les affects positifs peuvent également être considérés comme un indicateur du développement de l'individu, dans la mesure où ils reflètent directement l'activation des systèmes psychobiologiques impliqués dans la récupération, l'ouverture cognitivo-comportementale et l'augmentation des ressources personnelles (Fredrickson et al., 2008 ; Kok & Fredrickson, 2010 ; Porges, 2007). Par conséquent, étudier l'effet du LH sur les affects positifs, permet non seulement d'éclairer le lien entre les pratiques habilitantes et la santé, mais également d'étudier d'une manière originale l'effet du LH sur le développement des salariés.

Figure 7. Synthèse empirique des mécanismes reliant le stress, les affects négatifs, l'épuisement émotionnel et les affects positifs avec la santé



1.4.3. Réflexion théorique et hypothèses sur le lien entre le LH et la santé

Comme nous l'avons déjà évoqué, les conduites déléгатives et responsabilisantes du LH sont considérées comme des facteurs soutenant l'habilitation psychologique (i.e., l'autonomie, la compétence, l'impact et le sens ; Kim et al., 2018 ; Konczak et al., 2000), au service de la motivation intrinsèque (Zhang & Bartol, 2010). Dans cette perspective, considérant les effets positifs sur la santé de la motivation intrinsèque (Gagné et al., 2015 ; Kuvaas et al., 2017), nous pouvons supposer un effet favorable du LH sur la santé du salarié. Néanmoins, les conduites déléгатives et responsabilisantes peuvent également être envisagées comme des facteurs de stress pour le salarié, dans la mesure où elles peuvent représenter une charge cognitive supplémentaire, susceptible d'entrer en conflit avec les attentes du salarié quant à son rôle (Cheong et al., 2016 ; Sharma & Kirkman, 2015). En somme, il semble que ces conduites puissent avoir un effet positif sur la santé dans la mesure où celles-ci favorisent l'autonomie et la motivation intrinsèque, et un effet négatif sur la santé dans la mesure où celles-ci peuvent constituer une exigence stressante pour le salarié (Cheong et al., 2016).

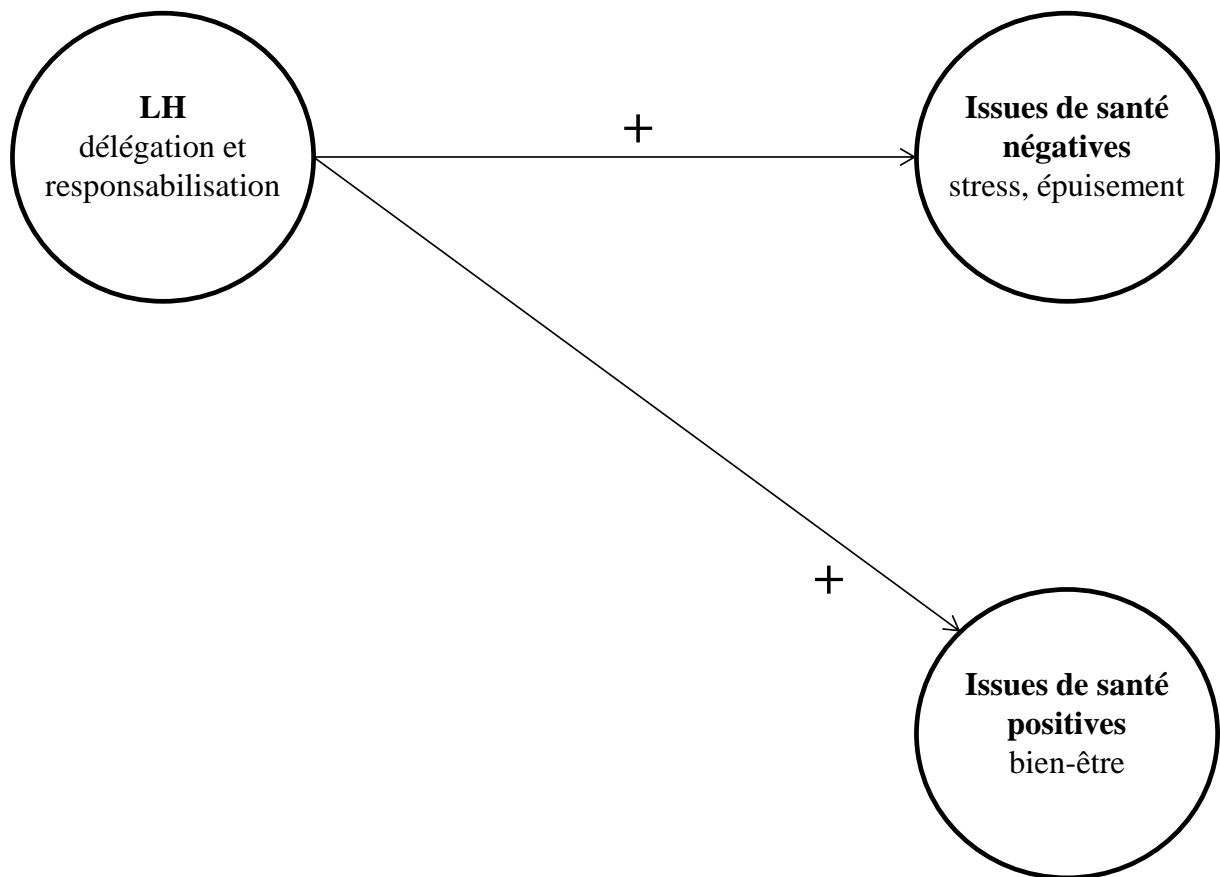
1.4.3.1. Délégation, responsabilisation et issues de santé négatives et positives

Cette proposition peut être soutenue et développée à partir des travaux de Crawford et al. (2010) sur la distinction entre les exigences professionnelles relevant du défi (ED : « challenge demands ») et les exigences professionnelles entravantes (EE : « hindrance demands »). Les EE regroupent, par exemple, les conflits de rôles, l'ambiguïté de rôles, l'insécurité et les tracas du quotidien, alors que les ED regroupent, par exemple, la charge de travail, la complexité du travail et les responsabilités professionnelles. Les études montrent que les ED comme les EE constituent des exigences consommatrices d'énergie pour le salarié et susceptibles de générer du stress (Lepine et al., 2005) et de l'épuisement (Crawford et al., 2010). En revanche, alors que les EE ont la particularité de diminuer la motivation, l'engagement, la performance et les issues de santé positives telles que le bien-être du salarié, les ED à l'inverse améliorent l'ensemble de ces dimensions (Crawford et al., 2010 ; Lepine et al., 2005 ; Tadić et al., 2015). Pour ces auteurs, si les EE comme les ED requièrent

toutes deux un investissement d'énergie important susceptible de stresser et d'épuiser, les ED, en revanche, sont les seules à promouvoir le développement du salarié si ce dernier parvient à les surmonter, et ainsi les seules à favoriser des conséquences positives en matière de motivation (Lepine et al., 2005), d'engagement (Crawford et al., 2010), de bien-être (Tadić et al., 2015) et de performance (Lepine et al., 2005).

À la lumière de ces travaux, il nous semble pertinent de considérer les conduites déléгатives et responsabilisantes du LH comme des ED, dans la mesure où la charge quantitative, la charge cognitive et les responsabilités sont d'une part identifiées comme des ED (Lepine et al., 2005), et d'autre part comme des conséquences des conduites de LH soutenant l'autonomisation (Cheong et al., 2016 ; Sharma & Kirkman, 2015). Par conséquent, à l'appui des travaux sur les ED, nous soutenons l'hypothèse que la mise en œuvre de conduites déléгатives et responsabilisantes du LH par le manager sont associées positivement à des issues de santé négatives chez le salarié (e.g., le stress, l'épuisement), dans la mesure où celles-ci constituent un défi et supposent pour le salarié une forte mobilisation d'énergie. En outre, nous faisons l'hypothèse que les conduites déléгатives et responsabilisantes sont associées à des conséquences de santé positives (e.g., le bien-être), et à des niveaux plus élevés de motivation, d'engagement et de performance, dans la mesure où celles-ci soutiennent l'autonomisation et le développement du salarié (Figure 8).

Figure 8. Modèle hypothétique simplifié des liens entre délégation et responsabilisation du LH et la santé

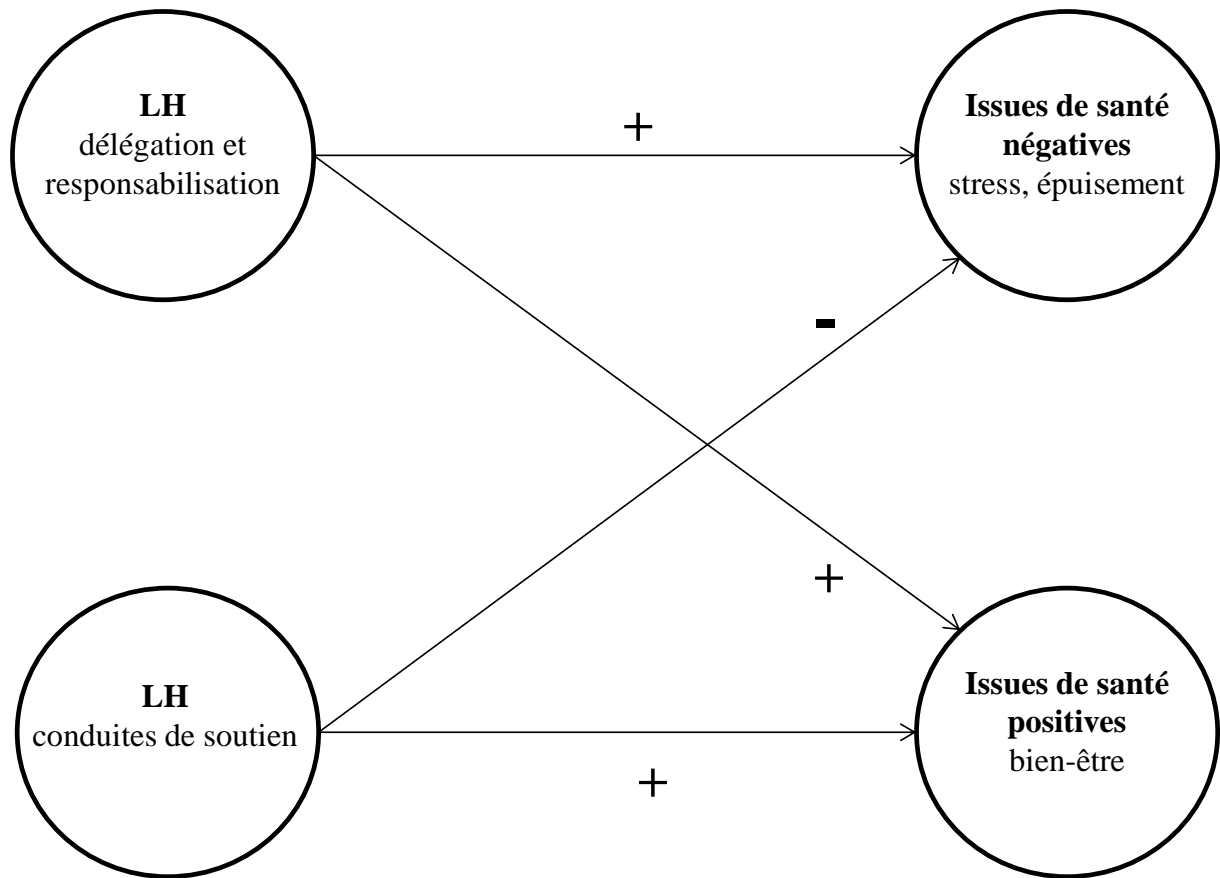


1.4.3.2. Conduites de soutien du LH et issues de santé positives et négatives

Rappelons maintenant que le LH associe aux conduites déléguatives et responsabilisantes, des pratiques de soutien telles que le coaching, le développement des compétences et de droit à l'erreur (Boudrias & Bérard, 2016 ; Konczak et al., 2000). Dans la perspective de l'habilitation psychologique, ces comportements de soutien sont considérés comme essentiels pour permettre au salarié de faire face à l'exigence de la délégation et de la responsabilisation, et véritablement expérimenter, outre l'autonomie, une maîtrise de l'activité, un impact et du sens dans le travail (Amundsen & Martinsen, 2014 ; Boudrias & Bérard, 2016). En d'autres termes, les conduites de soutien du LH pourraient être considérées comme des ressources professionnelles, dans la mesure où elles

seraient susceptibles de favoriser un ajustement efficace des salariés (Boudrias & Bérard, 2016), en accord avec les propositions théoriques de Demerouti et al. (2001). Nous pouvons donc postuler un effet positif des conduites de soutien du LH sur la santé. En effet, la littérature montre un effet direct négatif des ressources sur les conséquences de santé négatives telles que l'épuisement (Crawford et al., 2010 ; Dewe, 2017) et un effet direct positif des ressources sur des issues de santé positives telles que le bien-être (Tadić et al., 2015), et cela indépendamment des exigences professionnelles. La TCR (Hobfoll, 1989) peut être mobilisée pour appréhender ce phénomène. Plus précisément, le manque de ressources ou la menace de perte de ressources sont considérés comme générateurs de stress et d'épuisement, sans recourir à la notion d'exigence. En effet, les individus bénéficiant d'un capital de ressources important sont moins susceptibles que les autres d'expérimenter un manque de ressources, et sont donc moins sujets au stress et à l'épuisement, indépendamment des exigences environnementales. En outre, l'individu est naturellement porté à développer ses ressources afin de « créer un monde qui lui pourvoit du plaisir » (Hobfoll, 1989, p. 4). Par conséquent, l'individu bénéficiant d'un capital de ressources important est susceptible d'expérimenter du bien-être. À l'appui de ces travaux, nous pouvons faire l'hypothèse que l'adoption de conduites de soutien par le supérieur est associée négativement aux issues de santé négatives (e.g., stress, épuisement) et positivement aux issues de santé positives (e.g., bien-être), dans la mesure où ces conduites constituent des ressources pour l'individu (Figure 9).

Figure 9. Modèle hypothétique simplifié des liens entre le LH et la santé



1.4.3.3. Ensemble des conduites de LH et issues de santé négatives et positives

Au-delà des effets indépendants sur la santé, des conduites déléguatives et responsabilisantes d'une part, et des conduites de soutien d'autre part, il nous semble raisonnable de postuler l'existence d'effets globaux de l'ensemble des conduites de LH. Rappelons que la littérature indique que les conduites déléguatives et responsabilisantes favorisent l'habilitation dans la mesure où le salarié est soutenu par son supérieur afin de disposer des ressources nécessaires à son autonomisation (Amundsen & Martinsen, 2014 ; Boudrias & Bérard, 2016). En d'autres termes, les conduites habilitantes sont envisagées comme un ensemble de comportements complémentaires. Dans ce sens, comme nous l'avons déjà rapporté, la littérature opérationnalise largement le LH sous la

forme d'un score global (Boudrias & Bérard, 2016), et montre les effets positifs de ce dernier sur les attitudes et les comportements (Kim et al., 2018 ; Lee et al., 2018), mais aussi sur des facteurs protecteurs de la santé, tels que l'habilitation psychologique (Lee et al., 2018 ; Seibert et al., 2011) et la motivation intrinsèque (Gagné et al., 2015 ; Kuvaas et al., 2017). À l'appui de ces travaux, nous pouvons faire l'hypothèse que la globalité du LH serait reliée positivement aux issues de santé positives, et négativement aux issues de santé négatives.

1.4.3.4. Synthèse et réflexion sur l'intérêt d'un modèle bifactoriel dans l'étude du lien entre LH et santé

À ce stade de notre réflexion, nous pouvons donc envisager de distinguer des effets directs et combinés des différentes conduites de LH sur la santé. Nous pouvons également distinguer les effets selon que nous considérons des issues de santé négatives ou positives. Les conduites déléгатives et responsabilisantes seraient susceptibles de favoriser des issues de santé négatives dans la mesure où elles engageraient un coût énergétique important pour l'individu. Les conduites de soutien du LH seraient susceptibles, indépendamment des conduites déléгатives et responsabilisantes, d'être associées négativement aux issues de santé négatives, dans la mesure où elles pourraient constituer un capital limitant le stress lié au manque de ressources (Bakker & Demerouti, 2014 ; Crawford et al., 2010 ; Hobfoll, 1989).

Par ailleurs, les conduites de soutien du LH seraient susceptibles d'être associées positivement aux issues de santé positives dans la mesure où les ressources participeraient à soutenir le développement et des expériences relevant du plaisir. Les conduites déléгатives et responsabilisantes seraient susceptibles, indépendamment des ressources, d'être associées positivement aux issues de santé positives, dans la mesure où elles constitueraient un challenge favorisant intrinsèquement le développement et le bien-être (Hobfoll, 1989 ; Lepine et al., 2005 ; Tadić et al., 2015).

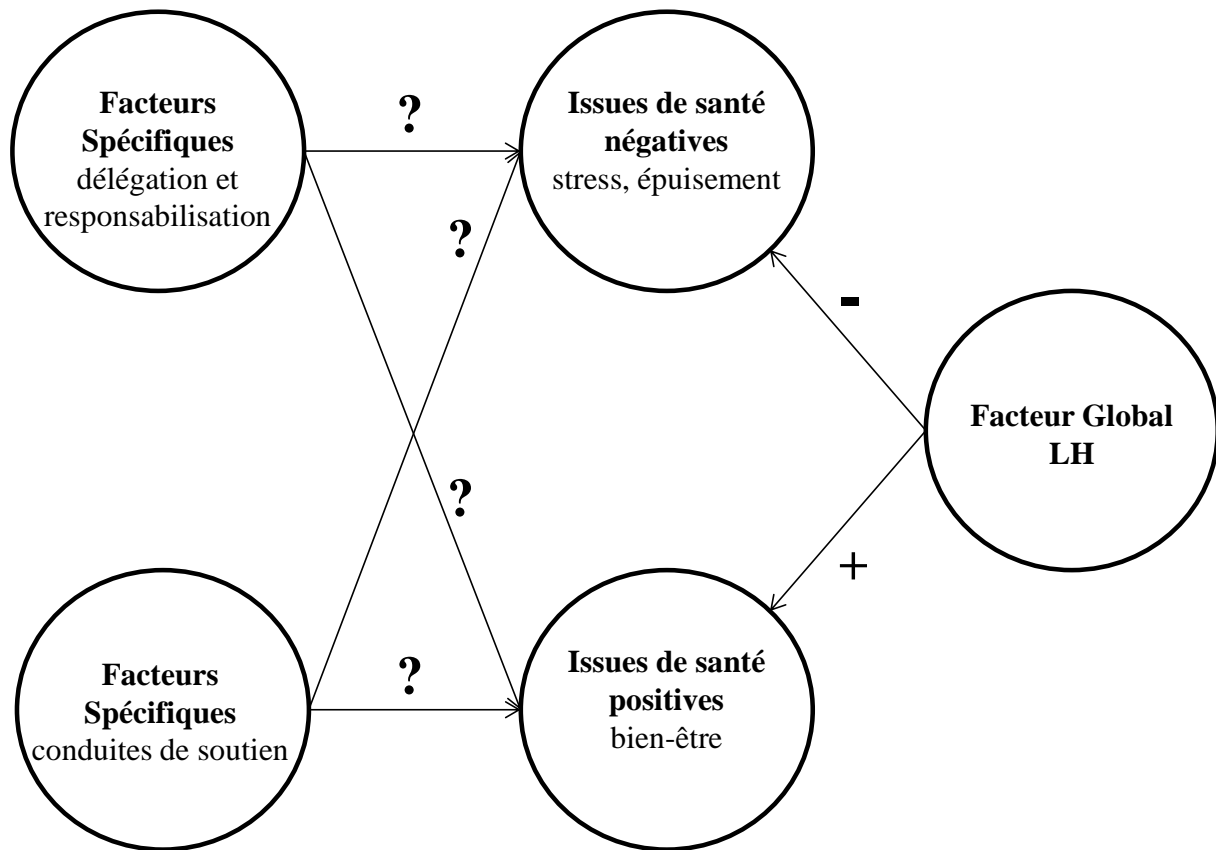
Ce raisonnement empirique nous permet d'imaginer en quoi la mise en œuvre sélective par le manager de certaines conduites et non de la globalité des pratiques habilitantes est susceptible de générer des conséquences négatives de santé, comme cela est le cas pour l'HC (Chénard Poirier et al., 2017). Par exemple, un manager qui déléguerait et responsabiliserait les salariés, sans mettre en place de coaching, sans développer les compétences ou encore sans

donner le droit à l'erreur, risquerait de mettre les salariés dans des situations professionnelles excédant leurs capacités à faire face à l'exigence de la responsabilisation, générant du stress et à terme de l'épuisement. Toutefois, il convient à ce stade d'être prudent. En effet, rappelons que les effets positifs du LH sur les attitudes et les comportements sont particulièrement bien validés (Kim et al., 2018 ; Lee et al., 2018), et que certains des mécanismes impliqués dans ces effets sont directement établis comme des facteurs prédictifs de santé, en particulier la motivation intrinsèque (Gagné et al., 2015 ; Kuvaas et al., 2017 ; Ryan & Deci, 2000). En outre, les premières études de l'effet du LH sur le burnout rapportent des effets faibles (Kim et al., 2018), mais néanmoins positifs (Bobbio et al., 2012 ; Lorinkova & Perry, 2017). De plus, Bobbio et al., (2012) rapportent des corrélations négatives et significatives de chacune des dimensions du LH avec l'épuisement émotionnel et le cynisme. En somme, nous avons également des arguments en faveur d'un effet positif sur la santé des conduites déléгатives et responsabilisantes.

À ce stade, nous pouvons faire l'hypothèse que la combinaison de l'ensemble des pratiques est susceptible de garantir systématiquement un effet favorable sur les issues de santé négatives comme positives. Par exemple, un manager qui délègue et responsabiliserait les salariés, tout en coachant, développant les compétences et donnant le droit à l'erreur, créerait les conditions pour que le salarié développe des ressources et soit capable de faire face à son travail et aux challenges stimulants qu'il y rencontre, au service d'un effet positif sur sa santé. Le cadre méthodologique et statistique des modèles bifactoriels peut s'appliquer à l'étude de ces phénomènes d'une manière originale, à condition bien sûr que le modèle avec un FG et des FS s'ajuste bien aux données recueillies. Un tel modèle permettrait d'étudier les effets différenciés sur la santé de la mise en œuvre globale du LH et de la mise en œuvre sélective de certaines conduites, conçues comme des déviations par rapport au FG représentant le LH (Markon, 2019 ; Morin et al., 2016).

Dans une telle configuration factorielle, et en envisageant dans un même modèle de régression le FG et les FS comme prédicteurs des issues de santé, nous pouvons faire l'hypothèse (Figure 10) que le FG LH serait relié négativement aux issues de santé négatives et positivement aux issues de santé positives sur la base des travaux illustrant les effets positifs du LH (Kim et al., 2018). En revanche, en l'absence de travaux s'appuyant sur une approche bifactorielle, nous laissons une question ouverte quant à l'explication des issues de santé par les FS.

Figure 10. Modèle hypothétique simplifié du lien entre le LH et la santé selon une modélisation bifactorielle



La formulation de ces hypothèses bifactorielles permet d'illustrer l'intérêt de l'approche que nous proposons. En envisageant que les items permettant de mesurer le LH puissent renvoyer en même temps à un FG et à des FS (modèle bifactoriel), nous pouvons réduire le nombre de relations estimées et donc tester de manière beaucoup plus parcimonieuse les effets des différentes dimensions sur la santé dans un modèle de régression. En outre, ce gain en termes de parcimonie ne se fait pas au prix d'une perte de précision ou de puissance, puisque l'étude des effets des FS comme des déviations par rapport au FG nous permettra de repérer statistiquement les effets singuliers de la mise en œuvre sélective de certaines conduites, et d'identifier dans le même temps les mécanismes psychologiques qui n'auraient pas été expliqués par le FG (Markon, 2019 ; Morin et al., 2016).

1.5. LH et conflits travail/famille

À notre connaissance, la relation entre le LH et les conflits entre la sphère professionnelle et la sphère privée n'a pas été étudiée. Pourtant, ce type de conflits de rôles est conçu comme un mécanisme important de la relation entre l'environnement de travail, la santé des individus et la performance au travail (Demerouti et al., 2004 ; ten Brummelhuis & Bakker, 2012).

1.5.1. Conflits travail/famille et santé

La définition la plus utilisée (Shaffer et al., 2011) pour définir les conflits entre la sphère professionnelle et la sphère privée s'appuie sur les travaux de Greenhaus et Beutell (1985). Ces auteurs les conçoivent comme « une forme de conflit inter-rôles dans lequel les exigences relatives au rôle professionnel et au rôle familial sont mutuellement incompatibles, de telle sorte que la participation au travail (ou à la vie familiale) est rendue plus difficile par la participation à la vie familiale (ou au travail) » (Greenhaus & Beutell, 1985, p. 75). Plus précisément, nous pouvons distinguer l'influence négative du travail sur la sphère privée (ITP) et l'influence négative de la sphère privée sur le travail (IPT ; Netemeyer et al., 1996). Les ITP peuvent se manifester par la difficulté à profiter de ses proches, ou à remplir ses obligations familiales, à cause des préoccupations professionnelles ou du temps consacré au travail (Demerouti et al., 2004 ; Wagena & Geurts, 2000). En revanche, les IPT sont caractérisées par des difficultés à atteindre les objectifs professionnels en raison des préoccupations familiales ou du temps pris pour répondre aux demandes de la famille (Netemeyer et al., 1996).

Ces conflits ont des effets négatifs bien identifiés dans la littérature dans les domaines de la santé, des attitudes et des comportements organisationnels (Allen et al., 2000 ; Amstad et al., 2011 ; Nohe et al., 2015 ; Shaffer et al., 2011). À partir d'une méta-analyse s'appuyant sur 112 études, Amstad et al. (2011) montrent que les conflits sont associés positivement au stress, à l'épuisement, à l'anxiété, à la dépression et à l'usage de substances, tel que la consommation d'alcool (Grzywacz & Bass, 2003). Ils montrent également, dans le registre professionnel, que les conflits sont associés à des niveaux plus faibles de satisfaction et de performance, et positivement liés à l'absentéisme. Si ces relations sont observées pour les ITP comme pour les IPT, il est important de

préciser que les ITP sont plus fortement reliées aux conséquences de santé liées au travail que les IPT, aussi bien dans des études transversales (Amstad et al., 2011) que longitudinales (Nohe et al., 2015). Selon l'hypothèse dite de correspondance (Amstad et al., 2011), l'individu sujet à des ITP attribuerait la cause de ses difficultés au travail, et par conséquent aurait tendance à orienter sa cognition et ses conduites vers la régulation des problèmes professionnels. En l'absence de régulation effective, ce mécanisme contribuerait à générer des ruminations, des affects négatifs et du stress au travail, susceptibles à terme de générer de l'épuisement et plus généralement des conséquences négatives dans le domaine du travail (Amstad et al., 2011 ; Nohe et al., 2015). Les IPT, à l'inverse, sont davantage susceptibles d'aboutir à des conséquences négatives dans la vie privée (e.g., stress familial, insatisfaction familiale), dans la mesure où l'individu situerait leur origine dans sa sphère privée. Il chercherait alors à réguler ces difficultés en s'ajustant préférentiellement dans ce domaine. En l'absence de régulation effective des difficultés, ce mécanisme adaptatif contribuerait à générer des ruminations et des affects négatifs dans la vie privée (Amstad et al., 2011).

Afin d'appréhender plus précisément la relation entre les ITP et la santé, plusieurs travaux s'appuient sur le modèle des efforts et de la récupération (MER ; Meijman et Mulder, 1998). D'après le MER, le salarié mobilise au quotidien ses processus psychobiologiques afin de s'adapter aux exigences professionnelles et de produire une performance. L'activation au quotidien de ces systèmes conduit naturellement à la consommation des ressources de la personne et à l'accumulation d'une « charge », c'est-à-dire d'une certaine dette de fatigue biophysique et psychologique (Bakker & Costa, 2014 ; McEwen, 2007). Dans les conditions optimales, le retour de l'individu dans la sphère privée lui permet de se reposer et de restaurer ses systèmes d'adaptation afin de maintenir leur efficacité fonctionnelle. À l'inverse, lorsque la qualité et la quantité de récupération ne sont pas suffisantes, par exemple lorsque la personne est sujette à des ITP, les systèmes psychobiologiques d'adaptation n'ont pas le temps de récupérer et de se stabiliser à leur état basal. L'individu voit alors ses capacités d'adaptation se dégrader, et doit engager davantage d'efforts pour faire face au travail, dans un processus cumulatif circulaire, qui draine toujours plus son énergie et conduit *in fine* à une dégradation de son état de santé et de sa performance au travail (Demerouti et al., 2004 ; Neto et al., 2016).

Les mécanismes décrits par cette théorie sont cohérents avec les travaux réalisés dans le cadre du stress chronique. Comme nous l'avons déjà expliqué, la

littérature montre en effet que le stress prolongé a tendance à produire un dérèglement des systèmes nerveux et endocriniens impliqués dans la réponse d'adaptation au stress (de Vente et al., 2015 ; Jönsson et al., 2015 ; Jovanovic et al., 2011). En outre, le mécanisme du MER est cohérent avec la spirale de perte de ressources décrite dans le cadre de la TCR (Bakker & Costa, 2014 ; Hobfoll, 1989). L'ensemble de ces apports étaye l'idée selon laquelle le manque de récupération est susceptible de dégrader toujours davantage les ressources et la capacité de l'individu à s'ajuster, au détriment de sa santé.

Dans cette perspective, nous comprenons pourquoi les conflits entre vies professionnelle et personnelle sont susceptibles de jouer un rôle important dans l'explication de la santé des professionnels, dans la mesure où ils sont susceptibles de diminuer le caractère ressourçant de la sphère privée. De plus, bien que les ITP et IPT soient associés à des conséquences de santé négatives, nous retenons que les ITP sont plus fortement corrélés que les IPT aux issues de santé négatives liées au travail. L'étude du lien entre les conduites de LH et les ITP revêt par conséquent un intérêt certain dans l'exploration et la compréhension des effets de ce type de management sur la santé. Dans l'hypothèse où le LH favoriserait les ITP, il contribuerait à limiter la capacité de l'individu à se ressourcer et donc à s'ajuster durablement aux exigences du travail, au détriment de sa santé. À l'inverse, dans l'hypothèse où le LH préviendrait les ITP, il favoriserait durablement la récupération, la capacité à s'ajuster et la santé du salarié.

1.5.2. Réflexion théorique sur le lien entre le LH et les conflits travail/famille

1.5.2.1. Exigences professionnelles et conflits travail/famille

À notre connaissance, la relation entre le LH et les ITP n'a pas encore été étudiée (Kim et al., 2018 ; Liao et al., 2019 ; Sharma & Kirkman, 2015). Pour autant, les conditions de travail expérimentées par le salarié ont des effets bien documentés sur l'émergence des conflits travail/famille. Pour commencer, la littérature montre que les exigences professionnelles favorisent l'émergence des ITP (Demerouti et al., 2004 ; Schieman et al., 2009 ; Webster & Adams, 2020). Comme nous l'avons déjà expliqué précédemment, le MRC (Bakker & Demerouti, 2014) prédit que l'individu exposé aux exigences professionnelles est amené à produire des efforts pour s'ajuster, ce qui contribue à épuiser ses

ressources personnelles (e.g., énergie physique, ressources attentionnelles, temps disponible) et peut à terme générer de l'épuisement, dans une spirale ascendante de perte de ressources (Bakker & Demerouti, 2017 ; Hobfoll, 1989). ten Brummelhuis et Bakker (2012) considèrent que la consommation des ressources personnelles au travail contribue à diminuer en retour la capacité de l'individu à faire face aux exigences familiales et à générer des ITP. Dans ce sens, Brosch et Binnewies (2018) montrent dans une étude avec des mesures quotidiennes (*diary study*) que la pression temporelle contribue à diminuer la vigueur à l'issue de la journée de travail, ce qui en retour favorise une augmentation des ITP le soir au domicile. Autrement dit, les exigences professionnelles consomment l'énergie de l'individu et diminuent la capacité de ce dernier à s'investir dans sa vie privée.

Nous soulignons précédemment l'importance de distinguer les exigences entre elles, selon que ces dernières relèvent du défi (ED) ou constituent une entrave pour le salarié (EE ; Crawford et al., 2010). Nous expliquons que les ED comme les EE sont toutes deux consommatrices d'énergie et susceptibles de générer du stress (Lepine et al., 2005), mais que les ED montrent également des effets favorables sur le bien-être (Tadić et al., 2015), dans la mesure où elles constituent une opportunité de se développer. Webster et Adams (2020) montrent au travers d'une méta-analyse que les EE comme les ED expliquent une augmentation des ITP, au travers d'une augmentation des manifestations négatives telles que l'épuisement et le stress. Ils confirment ainsi le mécanisme de consommation énergétique que nous évoquons aussi bien pour les EE que pour les ED dans l'explication des ITP. En outre, ils montrent que les ED sont moins explicatives des ITP que les EE, suggérant l'existence d'un deuxième mécanisme antagoniste et protecteur, spécifiquement dans la relation entre les ED et les ITP, en cohérence avec la distinction EE/ED (Crawford et al., 2010).

En effet, la littérature suggère d'une part un effet positif des ED sur le développement personnel (Crawford et al., 2010) notamment via les affects positifs (Tadić et al., 2015), et d'autre part que les affects positifs vécus au travail contribuent à générer des affects positifs au domicile (Sonnetag & Binnewies, 2013). Ces résultats empiriques appuient l'idée d'un mécanisme affectif antagoniste du mécanisme de consommation des ressources dans la relation entre les ED et les ITP. Toutefois, Webster et Adams (2020) ne parviennent pas à montrer de médiation de l'effet des ED par les affects positifs au travail sur les ITP. Autrement dit, la preuve de l'existence d'un mécanisme protecteur des ED contre les ITP reste encore à apporter même s'il est bien

établi que les ED consomment l'énergie et génèrent des ITP au même titre que les EE (Webster & Adams, 2020).

1.5.2.2. Ressources professionnelles et conflits travail/famille

À l'inverse, la littérature témoigne d'un effet protecteur contre les ITP des ressources professionnelles telles que l'autonomie (Liao et al., 2019), les récompenses (Kinman & Jones, 2008), le soutien social (Schieman et al., 2009) ou la qualité du climat psychologique en termes de coopération, d'amitié et de chaleur relationnelle (Brosch & Binnewies, 2018). Dans le cadre du MCR, les ressources professionnelles sont conçues comme un modérateur des exigences professionnelles, dans la mesure où elles permettent à l'individu de s'ajuster efficacement, et par conséquent de diminuer les issues de santé négatives (Bakker & Demerouti, 2017). Dans ce sens, Bakker et al. (2011) montrent que cet effet modérateur-atténuateur est observé également dans la relation positive entre les exigences professionnelles et les ITP. Plus précisément, la participation du salarié aux décisions ou encore le coaching et le feedback du supérieur, permettent de réduire les effets des exigences, telles que la charge de travail, sur les ITP.

Outre ce mécanisme d'interaction ressources/exigences, les ressources professionnelles sont susceptibles de produire des effets indépendants sur les ITP par le biais d'une augmentation des ressources personnelles (ten Brummelhuis & Bakker, 2012). En effet, tandis que les exigences conduisent comme nous l'avons vu à la consommation de l'énergie de l'individu, les ressources professionnelles, à l'inverse, favorisent intrinsèquement une augmentation de la vigueur du salarié, ce qui en retour diminue les ITP (Brosch & Binnewies, 2018 ; Jiang et al., 2020). En cohérence avec la TCR de Hobfoll (1989), ten Brummelhuis et Bakker (2012) proposent le modèle des ressources travail-maison (MRTM). Ils considèrent que les ressources professionnelles favorisent la capitalisation de ressources personnelles (e.g., énergie physique, estime de soi) dans une spirale ascendante d'accumulation, et que ce sont ces ressources personnelles qui soutiennent ensuite l'investissement dans la vie personnelle et limitent les ITP.

En somme, les exigences professionnelles sont susceptibles de consommer l'énergie des salariés et, par conséquent, de générer des ITP. À l'inverse, les ressources professionnelles sont susceptibles de favoriser le développement des

ressources personnelles et, par conséquent, de diminuer directement les ITP et d'atténuer la relation positive entre les exigences professionnelles et les ITP.

1.5.2.3. *Management et conflits travail/famille*

Bien que la relation entre LH et ITP n'ait pas encore été étudiée, les effets d'autres styles de leadership sur les ITP ont déjà fait l'objet d'un certain nombre de travaux (Li et al., 2017). Plusieurs études montrent par exemple un effet protecteur du leadership transformationnel contre les ITP (Eng et al., 2010 ; Hammond et al., 2015 ; Kailasapathy & Jayakody, 2018 ; Munir et al., 2012). Le leadership transformationnel est un management de type charismatique, dans lequel le leader représente un modèle pour l'équipe, partage une vision positive, suscite de l'émulation intellectuelle et considère les salariés individuellement en soutenant leur développement (Avolio et al., 1999 ; Carless et al., 2000). La littérature montre globalement que ce style de leadership augmente les issues de santé positives et diminue les issues de santé négatives, par le biais d'une augmentation des ressources professionnelles (e.g., soutien social, efficacité d'équipe) et personnelles (e.g., satisfaction des besoins, auto-efficacité ; Arnold, 2017), permettant au salarié de s'ajuster plus efficacement aux exigences professionnelles, de manière congruente avec les propositions du MCR (Bakker & Demerouti, 2017) et de la TCR (Hobfoll, 1989).

En accord avec les travaux de ten Brummelhuis et Bakker (2012) dans le cadre du MRTM, ce mécanisme de développement des ressources est susceptible d'expliquer l'effet protecteur observé du leadership transformationnel sur les ITP (Li et al., 2017). En effet, la littérature montre que le leadership transformationnel diminue les ITP par le biais d'une augmentation des comportements de soutien du superviseur dans la promotion de la vie familiale (Hammond et al., 2015 ; Kailasapathy & Jayakody, 2018). Plus précisément, le leadership transformationnel diminue les ITP dans la mesure où il est associé à des conduites managériales favorables à l'expression des émotions (i.e., soutien émotionnel) et à l'aménagement de l'organisation pour permettre la satisfaction des besoins du salarié, à la fois au travail et dans sa vie familiale (i.e., soutien instrumental ; Kailasapathy & Jayakody, 2018). En outre, dans un registre plus directement affectif, Hammond et al. (2015) montrent que le leadership transformationnel diminue les ITP par le biais d'une augmentation des affects positifs au travail, et cela indépendamment du soutien par rapport à la

vie familiale. En d'autres termes, le leadership transformationnel favorise le développement de ressources de l'individu et contribue ainsi à diminuer les ITP.

Comme nous l'expliquions précédemment, le LH et le leadership transformationnel sont bien distincts au plan conceptuel (Amundsen & Martinsen, 2014 ; Pearce & Sims, 2002). En effet, le LH vise la performance du salarié par le biais de la délégation d'autorité et de responsabilité, tandis que le leadership transformationnel vise la performance par le biais de l'influence sociale du leader sur l'individu (Pearce & Sims, 2002). Néanmoins, ces deux styles intègrent des comportements de soutien du supérieur au salarié. En effet, le LH intègre des comportements de coaching, de soutien au développement des compétences et de droit à l'erreur (Boudrias & Bérard, 2016 ; Konczak et al., 2000), et le leadership transformationnel une considération individualisée pour le développement du salarié (Avolio et al., 1999). Dans ce sens, Amundsen et Martinsen (2014) montrent des coefficients de corrélation entre 0,56 et 0,66 entre les dimensions du LH et du leadership transformationnel, suggérant une proximité conceptuelle entre ces deux styles de leadership.

Par conséquent, il semble raisonnable de s'attendre à des effets du LH similaires aux effets du leadership transformationnel sur les ITP, dans la mesure où (1) le LH intègre aussi des comportements de soutien, et où (2) il est susceptible, en conséquence, de favoriser le développement des ressources de l'individu (Konczak et al., 2000), au même titre que le leadership transformationnel (Hammond et al., 2015).

1.5.2.4. Hypothèses sur le lien entre le LH et les conflits travail/famille

À l'appui de l'ensemble de ces travaux, plusieurs hypothèses peuvent être formulées dans la relation entre LH et ITP. Tout d'abord, nous pouvons faire l'hypothèse que les conduites de soutien du LH sont associées négativement aux ITP, dans la mesure où, en tant que ressources professionnelles, elles seraient susceptibles de favoriser la capitalisation de ressources personnelles. Cette proposition rejoint la littérature qui montre que le LH est prédictif d'habilitation psychologique (Konczak et al., 2000) et de motivation intrinsèque (Zhang et al., 2008), conçues respectivement comme des précurseurs et des manifestations de la propension naturelle de l'individu au développement (Ryan & Deci, 2000 ; Thomas & Velthouse, 1990). Cette proposition est cohérente avec les travaux

menés sur les mécanismes de la relation entre leadership transformationnel et ITP (Hammond et al., 2015 ; Kailasapathy & Jayakody, 2018).

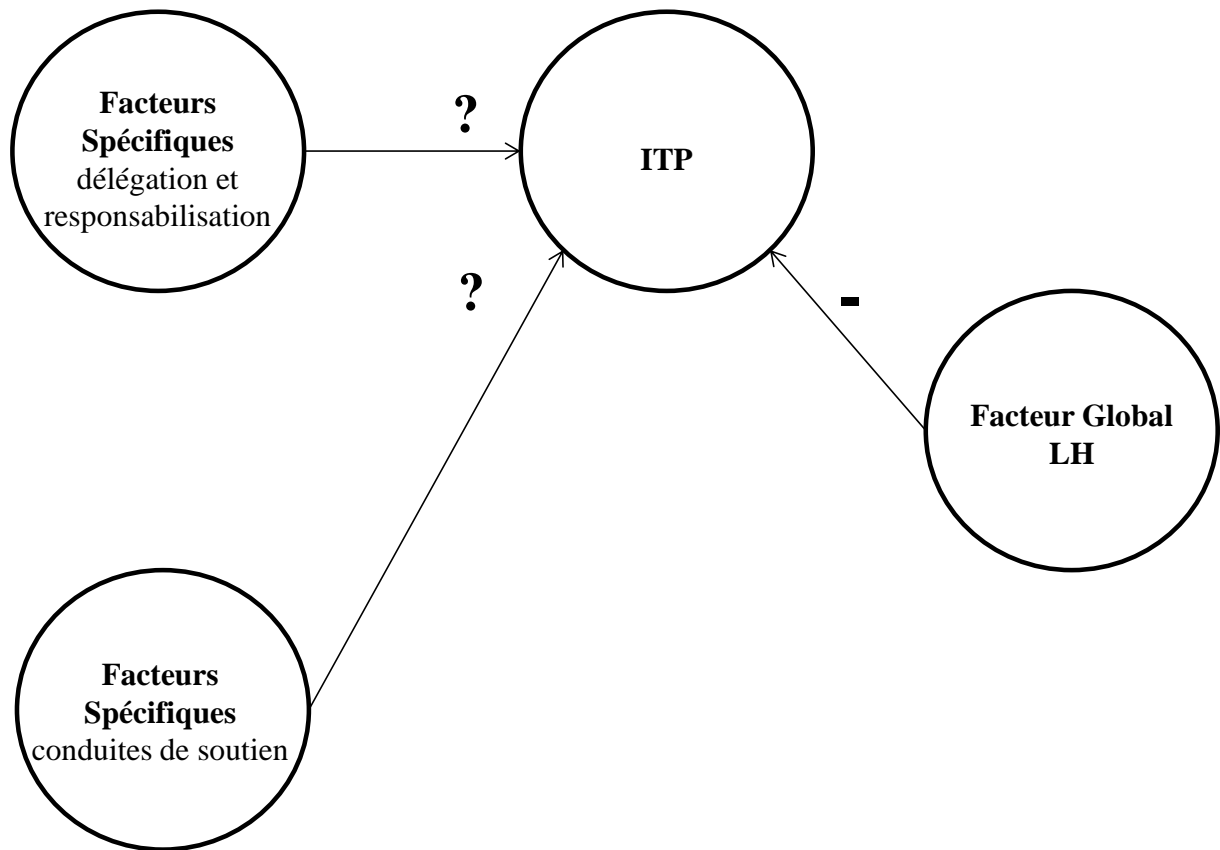
Deuxièmement, nous pouvons supposer que les pratiques déléгатives et responsabilisantes du LH sont associées positivement aux ITP, dans la mesure où elles constituent un challenge susceptible de consommer l'énergie des salariés. Cette hypothèse est cohérente avec certains travaux sur le LH qui suggèrent un effet stressant des conduites déléгатives et responsabilisantes, en lien notamment avec la charge cognitive que celles-ci seraient susceptibles d'induire (Cheong et al., 2016 ; Sharma & Kirkman, 2015).

Néanmoins, il convient à ce stade d'être prudent. En effet, les conduites déléгатives et responsabilisantes sont identifiées comme des facteurs prédictifs d'habilitation psychologique et de motivation intrinsèque, au même titre que les conduites de soutien du LH (Konczak et al., 2000 ; Thomas & Velthouse, 1990 ; Zhang & Bartol, 2010). De ce point de vue, l'autonomisation et la responsabilisation peuvent également être conçues comme des ressources professionnelles (Demerouti et al., 2001), susceptibles, par conséquent, d'augmenter les ressources personnelles et de diminuer les ITP. En somme, nous avons des arguments aussi bien en faveur d'une association négative que positive, entre les conduites déléгатives et responsabilisantes du LH et les ITP.

Néanmoins, l'ensemble de ce raisonnement empirique nous permet d'imaginer une fois de plus en quoi la mise en œuvre sélective par le manager de certaines conduites de LH (i.e., déléгation et responsabilisation) pourrait produire des effets négatifs, cette fois-ci en termes d'ITP. À l'inverse, il semble tout à fait pertinent de soutenir l'idée que la mise en œuvre de l'ensemble des conduites de LH est susceptible de garantir une réduction des ITP, considérant les effets généralement positifs du LH sur les ressources telles que l'habilitation psychologique (Kim et al., 2018).

Dans l'hypothèse où un modèle bifactoriel du LH serait validé, nous pouvons faire l'hypothèse que le FG LH contribuerait à diminuer les ITP. En revanche, en l'absence de travaux s'appuyant sur une approche bifactorielle, nous laissons une question ouverte quant à l'explication des ITP par les FS (Figure 11).

Figure 11. Modèle hypothétique simplifié des liens entre le LH et les ITP selon une modélisation bifactorielle



1.6. Études interventionnelles sur le LH

Considérant les nombreuses conséquences positives du LH identifiées dans la littérature, et dans l'hypothèse où le LH aurait des effets positifs sur la santé également, on conçoit l'intérêt d'identifier les modalités d'intervention susceptibles de favoriser l'adoption de ces comportements par les managers (Kim et al., 2018 ; Lee et al., 2018). En outre, les protocoles de recherche expérimentaux constituent un dispositif méthodologique plus solide que les protocoles transversaux et longitudinaux pour l'étude des conséquences du LH (Cheong et al., 2019 ; Nielsen & Taris, 2019). En effet, la manipulation expérimentale du LH et la comparaison avec un groupe témoin, combinées au suivi longitudinal des covariables, peuvent permettre de tester le lien causal et le

sens de la relation entre le LH et ses conséquences et antécédents supposés (Cheong et al., 2019). La première étape consiste à identifier les modes d'intervention susceptibles de favoriser une augmentation du LH chez les managers. À cette fin, nous allons tout d'abord décrire les études interventionnelles contrôlées existantes sur le LH en veillant à développer une réflexion empirique sur les méthodes d'intervention et les mécanismes susceptibles d'expliquer les effets observés. Ensuite, nous chercherons à enrichir cette première réflexion en décrivant la littérature sur les antécédents du LH et sur les interventions en lien avec le management en général. Cela nous permettra de formuler des propositions sur des modes d'intervention complémentaires, toujours au service de la promotion du LH.

1.6.1. Les interventions existantes : intérêt de la formation, de l'expérimentation directe et du coaching

Nous avons recensé deux études interventionnelles contrôlées visant l'augmentation des pratiques habilitantes auprès de superviseurs en exercice (Cheong et al., 2019). Une première recherche (Dahinten et al., 2014 ; MacPhee et al., 2014) visait l'augmentation du LH auprès de cadres infirmiers de proximité exerçant en milieu hospitalier dans une province du Canada. Le protocole consistait en quatre jours de formation associant des cours et des sessions d'apprentissage interactif sur le LH. Suite à cette première phase, les superviseurs étaient soutenus pendant un an dans l'implémentation d'un projet managérial innovant dans leur service. Le soutien dans la mise en œuvre du projet associait (a) le coaching d'un manager infirmier sénior, (b) l'attribution de temps supplémentaire pour la mise en œuvre du projet, et (c) la facilitation d'un soutien entre pairs par la mise à disposition d'un réseau social. Aucune intervention n'était réalisée dans le groupe témoin (i.e., groupe contrôle passif). Le programme a permis d'augmenter significativement le LH auto-déclaré par les cadres de santé en comparaison avec le groupe témoin, directement à la suite de l'intervention, soit un an après la première mesure.

L'étude de Martin et al. (2012) visait, quant à elle, l'augmentation du LH dans un échantillon de managers issus de différentes organisations professionnelles des Émirats Arabes Unis. Le protocole de recherche commençait par un entretien et un entraînement individuel pendant une heure avec l'investigateur de la recherche ou son assistant. Au cours de cette séance,

l'ensemble des comportements du LH et leurs bénéfices attendus étaient présentés au superviseur. L'intervenant veillait à explorer les conditions de travail du superviseur pour ensuite définir et planifier avec lui les changements comportementaux à mettre en œuvre au cours des prochaines semaines dans le travail de celui-ci. Pour soutenir concrètement la mise en œuvre des conduites, les superviseurs étaient encouragés à identifier des missions qu'ils pouvaient déléguer à leurs subordonnés. Ils s'engageaient ensuite à mettre en œuvre quotidiennement les conduites de LH pendant dix semaines, au moins 15 minutes par jour. Un échange téléphonique était organisé deux fois par semaine avec un attaché de la recherche pour soutenir l'engagement du superviseur. Deux groupes de comparaison étaient constitués : un groupe dans lequel les superviseurs étaient encouragés à se comporter de manière directive (i.e., groupe contrôle actif) et un groupe sans intervention (i.e., groupe contrôle passif). L'accompagnement a permis d'augmenter le LH perçu par les subordonnés en comparaison avec les deux groupes contrôles, directement à la suite de l'intervention, soit dix semaines après la première mesure.

Ces deux études montrent l'intérêt de combiner formation sur le LH et soutien pour la mise en œuvre directe sur le terrain des comportements habilitants. Dans ce sens, la littérature montre que l'adoption effective des comportements à l'issue d'une formation est favorisée lorsque les conditions de formation sont au plus proches de la situation réelle (Blume et al., 2010 ; Thorndike & Woodworth, 1901). En effet, pour qu'une formation influence positivement les conduites professionnelles, il est nécessaire que les participants transfèrent les connaissances et compétences assimilées en situation de formation à la situation professionnelle cible (Barnett & Ceci, 2002). Par conséquent, une formation sur le LH couplée au soutien pour la mise en œuvre directe de ce dernier en situation professionnelle devrait considérablement réduire l'effort cognitif du transfert, et par conséquent favoriser l'adoption du LH (Blume et al., 2010).

En outre, nous pouvons supposer que le coaching individuel mis en œuvre dans les deux dispositifs interventionnels pendant la phase d'entraînement en situation réelle joue un rôle tout à fait complémentaire à celui de la formation au LH en situation professionnelle réelle. Considérant les éléments évoqués précédemment sur le transfert (Barnett & Ceci, 2002 ; Blume et al., 2010), le coaching devrait permettre de parfaire l'acquisition des connaissances et compétences, mais aussi d'accompagner les individus dans leur adaptation et leur transfert aux situations professionnelles de manière personnalisée (i.e., en

soutenant l'adaptation des compétences au superviseur et à son organisation ; Ely et al., 2010).

En ce sens, plusieurs études interventionnelles contrôlées témoignent de l'effet positif du coaching individuel sur l'adoption des comportements managériaux cibles tels que le leadership transformationnel, que la mesure soit auto- ou hétéro-rapportée (Cerni et al., 2010 ; Grover & Furnham, 2016 ; MacKie, 2014). Outre le soutien à l'acquisition, à l'adaptation et au transfert des connaissances/compétences, il est probable que le coaching ait favorisé l'adoption du LH dans les études interventionnelles via un mécanisme d'influence sociale lié aux caractéristiques du dispositif de coaching et du coach lui-même. Dans leur méta-analyse, Grover et Furnham (2016) rapportent que l'adhésion des participants à une méthodologie de coaching bien fondée augmente l'adoption du leadership transformationnel par les superviseurs (MacKie, 2014). Ils rapportent également que la perception que les participants ont du coach, en termes de crédibilité, d'ancienneté et de pertinence en psychologie augmente l'effet du coaching (Grover & Furnham, 2016). Par analogie, il semble raisonnable de penser que le coaching individuel par un intervenant senior (i.e., l'intervention de MacPhee et al., 2014), ou par un investigateur de la recherche (i.e., l'intervention de Martin et al., 2012), selon un protocole fondé scientifiquement, ait pu favoriser l'appropriation du LH selon un mécanisme d'influence sociale, complémentaire du soutien à l'acquisition et au transfert des connaissances et compétences sur le LH.

Le fait que les interventions impliquent un entraînement au LH dans la conduite de projets professionnels réels présente également l'avantage de rendre les objectifs de formation et les compétences à assimiler beaucoup plus *ouverts* que lors d'une formation déconnectée du terrain. Le superviseur ne doit pas seulement mettre en œuvre les conduites LH de manière plaquée, il doit les adapter et les personnaliser à son contexte, afin de gérer des projets professionnels réels en soutenant l'habilitation de son équipe (MacPhee et al., 2014 ; Martin et al., 2012). Or, Blume et al. (2010) montrent que le transfert de comportements en situation professionnelle est plus important lorsque l'objectif de l'entraînement est ouvert. À l'inverse, lorsque le dispositif d'intervention ne laisse pas de place à la personnalisation dans la mise en œuvre des comportements, le manager a tendance à moins se les approprier (Blume et al., 2010). Ces résultats suggèrent que la part laissée à l'autonomie et à la créativité des managers dans l'adaptation des connaissances et compétences est importante pour l'acquisition des comportements (Yelon et al., 2004 ; Yelon & Ford, 1999).

Dans ce sens, rappelons que l'autonomie est identifiée par la TAD et les travaux sur l'habilitation comme un facteur déterminant de la motivation autonome des individus dans l'activité (Ryan & Deci, 2000 ; Thomas & Velthouse, 1990). Or, la littérature sur le transfert montre que la motivation à apprendre est un facteur central de l'acquisition des compétences en formation et de leur transfert en situation professionnelle (Colquitt et al., 2000). À l'appui de ces éléments empiriques, nous pouvons supposer que le soutien pour la mise en œuvre directe du LH en situation professionnelle réelle favorise l'autonomie du superviseur dans l'adaptation des connaissances/compétences acquises en formation, et par conséquent renforce la motivation à l'acquisition et au transfert des comportements en situation professionnelle.

À ce stade, considérant les études interventionnelles sur le LH et le management en général, nous pouvons retenir l'intérêt de combiner formation, entraînement en condition réelle et coaching individuel afin de favoriser l'adoption du LH par les superviseurs.

1.6.2. Arguments pour un mode d'intervention plus systémique sur le LH

Bien que les études sur les conséquences du LH soient déjà nombreuses, la recherche sur les prédicteurs de l'adoption des conduites de LH par les superviseurs est encore très peu développée (Cheong et al., 2019). Néanmoins, plusieurs études rapportent des résultats intéressants sur le sujet, susceptibles d'orienter notre réflexion quant à la mise en œuvre d'un programme d'intervention innovant visant la promotion du LH.

Tout d'abord, MacPhee et al. (2014a) montrent que l'augmentation du LH est expliquée par leur intervention, mais aussi par une augmentation indépendante de l'habilitation structurelle et psychologique des superviseurs. Plus précisément, (1) l'augmentation de l'accès des superviseurs à des opportunités, à du soutien pour de se développer, à des informations de nature directoriale et à des ressources temporelles (i.e., habilitation structurelle ; Laschinger et al., 1997, 2004), contribue (2) à augmenter leur habilitation psychologique, ce qui *in fine* (3) les conduit à mettre en œuvre des conduites d'habilitation à l'égard de leurs subordonnés. En d'autres termes, il semble qu'habiliter les superviseurs les conduisent à habilitier leurs équipes en retour. Dans le même sens, Migneault et al. (2009) montrent que le LH de la direction

contribue à augmenter l'habilitation psychologique et comportementale des salariés par le biais d'une augmentation du LH des superviseurs directs. Ils suggèrent que ce résultat reflète la structure hiérarchique des organisations : le top-management émet des directives au niveau organisationnel, et ces directives sont ensuite répercutées sur les salariés par l'encadrement intermédiaire et de proximité selon le principe d'une chaîne de commandement verticale.

Cette proposition est cohérente avec les travaux ethnographiques de Getz et ses collègues (2009, 2012, 2016). À l'appui d'études de cas, ces chercheurs montrent que le pouvoir hiérarchique du directeur général peut lui permettre, dans une certaine mesure, d'imposer aux cadres de transformer leurs conduites, dans le sens du soutien à l'autonomisation, à la responsabilisation et au développement des équipes (Carney & Getz, 2016). Sur un registre moins autoritaire, ils indiquent également que l'effet des interventions sur le management est renforcé lorsque le climat organisationnel et le supérieur hiérarchique soutiennent l'implémentation des nouveaux comportements, en cohérence avec la méta-analyse de Blume et al. (2010). En somme, les supérieurs des managers peuvent imposer et/ou soutenir la mise en œuvre du LH à l'appui de leur position dans la chaîne de commandement hiérarchique.

Néanmoins, d'autres mécanismes liés aux processus identificatoires peuvent être envisagés, afin de comprendre pourquoi le LH de la direction est susceptible de favoriser le LH de l'encadrement de proximité. Dans le registre du leadership éthique, Brown et Treviño (2014) montrent que les superviseurs manifestent un leadership plus éthique auprès de leurs subordonnés, lorsqu'ils se sont identifiés à des individus aux comportements éthiques au cours de leur carrière. En d'autres termes, il semble que les modèles comportementaux auxquels sont exposés les superviseurs sont susceptibles de générer de l'identification et *in fine* d'influencer leurs propres conduites managériales.

À ce titre, Brown et Treviño (2014) suggèrent que les supérieurs hiérarchiques du superviseur (i.e., le top-management ou les managers intermédiaires) ont tendance à être identifiés comme des modèles, du fait de leur statut et de leur pouvoir social plus élevé qui les rendraient enviables (Bandura et al., 1963 ; Gibson, 2004). En somme, il semble que l'adoption de conduites de LH par la direction ou l'encadrement intermédiaire (i.e., les supérieurs des managers de proximité) est susceptible de favoriser l'adoption de conduites de LH par l'encadrement de proximité, à la fois selon des mécanismes directement hiérarchiques et prescriptifs, et des mécanismes identificatoires. Considérant ces nouveaux éléments, nous concevons l'intérêt de développer des interventions

plus systémiques, visant l'augmentation du LH de la direction et de l'encadrement intermédiaire, afin d'augmenter *in fine* le LH de l'encadrement de proximité.

En plus du soutien des supérieurs, le soutien des collègues est également repéré comme un facteur prédictif du succès des interventions managériales (Blume et al., 2010 ; Colquitt et al., 2000). Il semble que le soutien des collègues participe, d'une part, à rendre le contexte professionnel plus favorable à l'implémentation des nouveaux comportements sur le terrain (i.e., transfert ; Blume et al., 2010), et d'autre part, à augmenter le transfert via une augmentation de la motivation des superviseurs à apprendre (Colquitt et al., 2000). Considérant ces éléments, il peut sembler opportun d'envisager une intervention au niveau collectif, ceci afin de favoriser un soutien des pairs favorable à l'implémentation du LH. Dans ce sens, les interventions telles que les débriefings collectifs en équipe de travail témoignent d'une véritable efficacité pour favoriser l'adoption collective des comportements performants (Baldwin et al., 2017 ; Ellis & Davidi, 2005). À titre d'exemple, Dunn et al. (2016) montrent auprès d'un échantillon de 330 pompiers que des débriefings réalisés à la suite d'une intervention augmentent l'adhésion des individus à des normes communes en matière de sécurité et facilitent l'émergence d'un consensus sur la meilleure manière de se comporter à l'avenir. En somme, il apparaît que le collectif des pairs est un levier important (1) de la motivation à apprendre, mais aussi (2) de la définition des normes groupales et donc de la définition des comportements à adopter individuellement, et (3) que le débriefing collectif peut être un mode d'intervention pertinent pour activer ces mécanismes. À l'appui de ces éléments, nous concevons l'intérêt de développer des interventions associant des temps de débriefing en collectif, et plus généralement de viser une évolution du LH à l'échelle d'une entité regroupant plusieurs services, ceci afin de faciliter un soutien des pairs et une évolution des normes groupales et des comportements individuels vers le LH.

Pour finir, plusieurs éléments de la littérature suggèrent que la mise en œuvre des conduites LH par le superviseur pourrait être directement déterminée par le niveau d'habilitation des salariés. Cette hypothèse dite de *causalité inversée* est largement défendue dans plusieurs revues de la littérature sur le LH comme une piste de recherche prometteuse (Cheong et al., 2019 ; Sharma & Kirkman, 2015). Dans cette perspective, le subordonné pourrait également exercer une influence sur le superviseur, et il faudrait en tenir compte pour véritablement comprendre le phénomène de leadership (Uhl-Bien et al., 2014).

Dans ce sens, Carsten et al. (2018) montrent par exemple que la propension des subordonnés à être autonomes dans la résolution des problèmes et à proposer de nouvelles solutions contribue à augmenter le soutien social et la motivation du superviseur. À l'inverse, ils montrent que la propension des subordonnés à se défausser des prises de décision et de la résolution des problèmes sur le superviseur contribue à diminuer le soutien social perçu et la motivation de ce dernier (Carsten et al., 2018). Même si ces résultats ne montrent pas directement l'effet des subordonnés sur le style de leadership adopté, ils témoignent du fait que les subordonnés exercent bien une influence significative sur leur superviseur. En transférant cette logique dans le champ du LH, Cheong et al. (2019) postulent qu'un salarié qui témoignerait d'un haut niveau d'auto-efficacité, de citoyenneté et de performance, encouragerait le superviseur à s'engager dans des comportements habilitants tels que la délégation de pouvoir ou la responsabilisation. À l'inverse, un salarié qui témoignerait d'un faible niveau de compétence, de citoyenneté et de performance pourrait décourager le superviseur à mettre en œuvre le LH. En bref, ils suggèrent qu'un salarié d'ores et déjà habilité influencera le superviseur dans le sens de la mise en œuvre du LH. À l'appui de ces éléments de réflexion, il semble pertinent d'envisager une intervention qui ciblerait directement l'habilitation des équipes, en vue de favoriser une augmentation du LH des superviseurs.

Pour conclure, il nous semble que les protocoles d'intervention proposés par MacPhee et al. (2014) et Martin et al. (2012) peuvent être enrichis de plusieurs manières afin de maximiser les chances d'un effet significatif sur le LH des managers de proximité. Tout d'abord, il nous semble que la formation au LH, l'expérimentation directe de la mise en œuvre de celle-ci sur le terrain et le coaching pourraient être étendus aux supérieurs des managers de proximité, c'est-à-dire au top-management et à l'encadrement intermédiaire. L'adoption de conduites habilitantes au plus haut niveau de l'organisation, pourrait ensuite influencer l'ensemble de la chaîne hiérarchique dans le sens de l'habilitation, selon des mécanismes hiérarchiques-prescriptifs et identificatoires (Brown & Treviño, 2014 ; Carney & Getz, 2016 ; Migneault et al., 2009). Ensuite, il nous semble que l'intervention pourrait être enrichie par des débriefings auprès du collectif, ceci afin de favoriser un soutien entre pairs et une évolution des normes groupales vers la mise en œuvre du LH (Blume et al., 2010 ; Colquitt et al., 2000 ; Dunn et al., 2016). Enfin, il nous semble que l'intervention pourrait gagner en efficacité en visant une augmentation directe de l'habilitation des professionnels de terrain. Selon l'hypothèse de causalité inversée, les

manifestions d'habilitation des subordonnés pourraient inciter et encourager les managers à mettre en œuvre des conduites habilitantes (Cheong et al., 2019; Sharma & Kirkman, 2015). L'ensemble de ces éléments nous encourage à proposer une intervention plus systémique, qui ciblerait de manière concomitante plusieurs niveaux de l'organisation, au service d'une augmentation du LH des managers de proximité.

1.7. Perspectives d'études pour la thèse

Tout le travail présenté précédemment nous a permis de faire émerger plusieurs perspectives de recherche intéressantes à investiguer dans ce travail de thèse. Pour commencer, le manque d'études sur le lien entre le LH et la santé nous invite tout simplement à investiguer cette relation, d'autant plus que le LH rencontre actuellement un fort intérêt dans les organisations, et que certains travaux suggèrent que celui-ci pourrait avoir simultanément des effets positifs et négatifs sur la santé (Cheong et al., 2016). Afin de préciser l'effet des pratiques habilitantes sur la santé, nous proposons d'analyser l'effet du LH sur des indicateurs de santé négatifs (e.g., stress perçu) mais aussi positifs (e.g., affects positifs). En effet, la littérature indique que ces deux types d'indicateurs sont antagonistes et complémentaires dans l'explication de la relation entre l'environnement psychosocial et la santé (Figure 7 ; DeSteno et al., 2013 ; O'Connor et al., 2021 ; Pressman et al., 2019).

Sur ce point, rappelons que chacun de ces indicateurs implique des mécanismes psychologiques et biologiques intriqués (O'Connor et al., 2021 ; Pressman et al., 2019). Par exemple, le stress perçu est associé à une activation de l'axe HHS (i.e., l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien), qui contribue à consommer les ressources psychobiologiques et à dégrader, à terme, l'état de santé physique et psychologique des individus (Adam et al., 2017 ; Juster et al., 2010 ; Slavich, 2020). En conséquence, il semble pertinent d'examiner l'effet du LH tant sur des indicateurs psychologiques (e.g., le stress perçu) que sur des indicateurs biologiques (e.g., le taux de cortisol) de la santé. Une telle étude pourrait permettre de mieux comprendre l'effet positif (ou négatif) du LH sur la santé, mais aussi de limiter les biais liés aux mesures auto-rapportées. En effet, les variables psychométriques déclaratives sont associées à des erreurs de mesure, en lien, par exemple, avec la désirabilité sociale et les capacités de représentation des participants (Spector, 2006 ; Warr, 2013).

Considérant plus particulièrement le possible effet contrasté du LH sur la santé, rappelons que la littérature suggère que la mise en œuvre de certaines conduites pourrait avoir un effet négatif (Sharma & Kirkman, 2015). Plus précisément, les conduites de délégation de pouvoir et de responsabilité pourraient à la fois favoriser l'habilitation, mais aussi constituer une charge cognitive et générer du stress (Cheong et al., 2016). En outre, certains travaux montrent que la mise en œuvre déséquilibrée des différentes conduites de LH entre elles peut conduire à des conséquences comportementales négatives

(Chénard Poirier et al., 2017). À l'inverse, ils montrent que la mise en œuvre équilibrée de l'ensemble des conduites habilitantes est associée à des conséquences comportementales positives (Chénard Poirier et al., 2017). Autrement dit, au-delà de l'effet négatif de certaines conduites, c'est le déséquilibre dans la mise en œuvre de certaines conduites de LH qui pourrait conduire à des conséquences négatives. Afin d'investiguer cette hypothèse de manière originale dans l'explication de la santé, le cadre méthodologique de l'analyse bifactorielle nous semble intéressant, dans la mesure où il permet d'opérationnaliser simultanément le FG et les FS sur un même niveau (Markon, 2019 ; Morin et al., 2016). Dans l'hypothèse où un modèle bifactoriel du LH serait confirmé, nous avons fait l'hypothèse que le FG LH pourrait conduire à des conséquences positives de santé, ce qui pourrait ne pas être le cas de certains des FS, en particulier des FS relatifs aux conduites déléгатives et responsabilisantes. En effet, rappelons que la littérature suggère que l'autonomisation induite par ces comportements pourrait constituer une exigence stressante pour les salariés, susceptible en plus d'être en conflit avec les attentes de ces derniers quant à leur travail (Cheong et al., 2016 ; Kubicek et al., 2017 ; Lu et al., 2017).

Pour aller plus loin, il serait également intéressant d'investiguer l'effet du LH sur la santé dans le cadre d'une étude longitudinale, idéalement expérimentale et contrôlée. En effet, nous avons constaté la rareté des études expérimentales de l'effet du management sur la santé (Nielsen & Taris, 2019), et plus précisément le peu d'études expérimentales visant l'adoption des conduites habilitantes par des managers (Cheong et al., 2019). Pourtant, la manipulation expérimentale du niveau du prédicteur, et l'étude de l'effet de ce dernier sur l'évolution dans le temps de la variable dépendante en comparaison avec un groupe contrôle, constituent le plus haut niveau de preuve scientifique de l'existence d'un lien causal (Kaboub, 2008). Par ailleurs, les deux études expérimentales que nous avons recensées (MacPhee et al., 2014 ; Martin et al., 2012), testent l'effet d'un accompagnement sur l'adoption du LH, au niveau des managers issus de différentes organisations, et non au niveau des organisations elles-mêmes. Or, la littérature montre que des mécanismes à l'œuvre au niveau des organisations sont susceptibles d'expliquer l'adoption des conduites habilitantes par les managers (e.g., influence des supérieurs, influence des pairs, influence des subordonnés ; Cheong et al., 2019 ; Migneault et al., 2009). En conséquence, des interventions plus systémiques à l'échelle des organisations

pourraient maximiser les effets de l'intervention sur l'adoption du LH par les managers, à l'image des entreprises libérées (Carney & Getz, 2016).

En outre, ce type d'accompagnement pourrait s'avérer plus efficace pour transformer le management dans les grandes organisations bureaucratiques (e.g., l'hôpital public ; Petit Dit Dariel, 2015). En effet, la littérature indique que la structure hiérarchisée et la culture de contrôle de ces formes d'organisation constituent un obstacle à l'autonomisation et au développement des salariés (Carney & Getz, 2016 ; Getz, 2009 ; Petit Dit Dariel, 2015). Par extension, nous pouvons supposer que la transformation des pratiques managériales vers l'habilitation est susceptible d'être plus difficile dans ce type d'organisations, structurées autour d'une culture managériale de prescription et de contrôle (Carney & Getz, 2016).

En somme, nous concevons l'intérêt scientifique (1) de tester la structure bifactorielle du LH et (2) d'étudier l'effet de la globalité et de la spécificité du LH sur la santé ; (3) en combinant des indicateurs de santé positifs et négatifs, de même que psychologiques et biologiques ; (4) en s'appuyant sur des protocoles de recherche expérimentaux ; (5) permettant de tester l'effet d'un accompagnement systémique au niveau d'une grande organisation bureaucratique.

Pour atteindre ces objectifs scientifiques, nous réaliserons une série de trois études complémentaires (Figure 12) :

- (1) Premièrement, nous réaliserons une étude transversale par questionnaire auprès d'un échantillon de salariés de la fonction publique territoriale (n = 225). Dans cette étude, nous commencerons par tester la validité du modèle bifactoriel du LH. Nous investiguerons ensuite l'effet du FG et des FS sur une série d'indicateurs psychologiques de santé. Conformément à ce que nous venons d'exposer, nous proposerons de retenir un ensemble d'indicateurs positifs et négatifs de santé perçue et complémentaires du point de vue des mécanismes psychobiologiques impliqués (DeSteno et al., 2013 ; O'Connor et al., 2021 ; Pressman et al., 2019 ; Salvagioni et al., 2017). Plus précisément, nous nous intéresserons au stress perçu, à l'épuisement émotionnel et aux affects négatifs (qui reflètent la consommation des ressources) ainsi qu'aux affects positifs (qui reflètent le développement des ressources). Nous investiguerons également l'effet du FG et des FS du LH sur les ITP. Rappelons que la relation entre le LH et les ITP n'a pas été étudiée. Pourtant, ce type de conflits de rôles est conçu comme un mécanisme important de la relation

entre l'environnement de travail, la santé des individus et la performance au travail (Demerouti et al., 2004 ; ten Brummelhuis & Bakker, 2012). En outre, l'étude de l'effet du LH sur les ITP nous permettra d'investiguer, au-delà de la santé, l'impact du LH sur la vie professionnelle et privée des salariés. Enfin, nous examinerons l'effet du FG et des FS du LH sur la satisfaction professionnelle, l'intention de quitter l'organisation et la performance individuelle. Ces indicateurs ont une valeur importante pour les organisations puisqu'ils sont plus directement reliés à l'atteinte des objectifs de performance de ces dernières (Judge & Kammeyer-Mueller, 2012 ; Motowidlo & Kell, 2012 ; Tett & Meyer, 1993). C'est probablement pour cette raison que l'effet du LH sur ces attitudes et comportements a déjà largement été étudié (Cheong et al., 2019 ; Kim et al., 2018 ; Lee et al., 2018). Toutefois, en l'absence d'étude s'appuyant sur une modélisation bifactorielle du LH pour étudier l'effet de ce dernier sur ces variables d'intérêt pour les organisations, il semble pertinent d'examiner les effets du FG et des FS du LH sur ces attitudes et comportements.

- (2) Deuxièmement, nous présenterons les résultats d'une étude transversale par questionnaire et prélèvement biologique menée auprès d'un échantillon de salariés d'un centre hospitalier universitaire (CHU ; n = 397). De cette façon, nous ne nous limiterons pas à la santé psychologique, et prendrons en considération l'effet du LH sur un mécanisme biologique du lien entre l'environnement psychosocial et la santé. Comme nous l'expliquions, en investiguant l'effet du LH directement sur un mécanisme biologique, nous espérons dépasser les limites inhérentes aux mesures auto-rapportées (Spector, 2006 ; Warr, 2013), et avoir davantage de certitude quant à l'effet du LH sur la santé. Concrètement, après avoir confirmé la structure bifactorielle du LH, cette étude aura pour objectif d'investiguer l'effet du FG et des FS du LH sur le niveau de cortisol salivaire au réveil. Précisons que cette variable est conçue comme un marqueur biologique de la réponse de l'organisme au stress (notamment psychosocial ; Dickerson & Kemeny, 2004) et un facteur prédictif des multiples pathologies du stress chronique (e.g., diabète, infections, troubles cardio-vasculaires et cancers ; Adam et al., 2017 ; Charmandari et al., 2005 ; O'Connor et al., 2021). Afin d'aller plus loin dans la compréhension de la relation entre le LH et l'activation des mécanismes biologiques de la réponse au stress, nous investiguerons

également l'effet de médiation du stress perçu, comme un mécanisme explicatif de la relation entre le LH et le cortisol. En effet, le modèle transactionnel du stress prédit que l'environnement psychosocial affecte la santé par le biais d'une augmentation (ou d'une diminution) du stress perçu par l'individu (Biggs et al., 2017 ; Lazarus, 1974, 1993).

- (3) Troisièmement, nous présenterons les résultats d'une étude expérimentale contrôlée randomisée, menée auprès d'un échantillon de salariés d'un CHU (n = 751). Cette étude aura un double objectif : (a) clarifier le lien de causalité entre le LH et la santé des salariés ; et (b) développer et tester expérimentalement l'efficacité d'un programme d'intervention systémique sur l'adoption du LH par les managers de proximité à l'échelle d'une grande organisation bureaucratique. Concrètement, nous concevrons un programme d'intervention visant l'adoption du LH par les managers d'un pôle hospitalier universitaire (PHU), et nous testerons l'efficacité de celui-ci sur l'évolution du LH et de l'épuisement émotionnel suite à l'intervention, en comparaison avec un PHU témoin du même CHU. Nous investiguerons également l'effet médiateur de l'évolution du LH, comme un mécanisme explicatif de l'effet de l'intervention sur l'évolution de l'épuisement émotionnel. Finalement, cette étude permettra de confirmer l'invariance longitudinale de la structure bifactorielle du LH.

Figure 12. Plan d'étude de la thèse

	Plan d'étude et objectif principal	Échantillon	Détail des objectifs	Variables mobilisées
Étude 1 :	Étude transversale par questionnaire de l'effet du LH sur la santé psychologique	225 salariés de la fonction publique territoriale	(1) Tester la structure bifactorielle du LH (2) Étudier l'effet du FG et des FS du LH sur la santé psychologique (3) Étudier l'effet du FG et des FS du LH sur les conflits travail-famille (4) Étudier l'effet du FG et des FS du LH sur des attitudes et des comportements	Le FG et les FS du LH, le stress perçu, l'épuisement émotionnel, les affects négatifs, les affects positifs, les conflits travail-famille, la satisfaction professionnelle, l'intention de quitter l'organisation et la performance
Étude 2 :	Étude transversale par questionnaire et prélèvement biologique de l'effet du LH sur la santé biologique	397 salariés d'un CHU	(1) Confirmer la structure bifactorielle du LH (2) Étudier l'effet du FG et des FS du LH sur la santé biologique (3) Tester l'effet médiateur du stress perçu dans la relation entre le LH et la santé biologique	Le FG et les FS du LH, le cortisol salivaire au réveil et le stress perçu
Étude 3 :	Étude expérimentale contrôlée randomisée par questionnaire de l'effet du LH sur l'évolution de la santé au cours d'une année	751 salariés d'un CHU, dont 441 dans le PHU expérimental et 310 dans le PHU témoin	(1) Confirmer l'invariance longitudinale de la structure bifactorielle du LH (2) Étudier l'effet contrôlé de l'intervention sur l'évolution du FG et des FS du LH un an après (3) Étudier l'effet contrôlé de l'intervention sur l'évolution de la santé un an après (4) Considérer le LH comme un mécanisme explicatif de l'effet contrôlé de l'intervention sur la santé	L'intervention (PHU expérimental versus PHU témoin), le FG et les FS du LH et l'épuisement émotionnel

Note : PHU : pôle hospitalier universitaire ; CHU : centre hospitalier universitaire ; LH : leadership habilitant ; FG : facteur global ; FS : facteur spécifique.

2. ÉTUDE 1 : GLOBALITÉ ET SPÉCIFICITÉ DU LEADERSHIP HABILITANT AUPRÈS DES SALARIÉS DE NANTES MÉTROPOLE

2.1. Introduction

2.1.1. Objectif 1 – test d'un modèle bifactoriel du LH

Le premier objectif de cette étude est de tester la structure bifactorielle du LH. Dans cette perspective, nous retiendrons le questionnaire de Konczak (2000) et cela pour plusieurs raisons. Tout d'abord, nous concevons l'intérêt d'utiliser une mesure du LH définie par des dimensions nombreuses et très spécifiques (peu englobantes), afin de s'assurer d'un maximum de singularité au niveau des FS spécifiés. En effet, nous pouvons supposer que la spécification de FS englobant des comportements différents, risquerait de recouvrir conceptuellement la globalité, et donc d'aboutir à un mauvais ajustement du modèle et/ou à la non identification des FS au profit du FG. À titre d'exemple, regrouper dans un seul FS « conduites de soutien », les comportements de coaching, de développement des compétences, de partage d'informations et de droit à l'erreur, risquerait, selon nous, de diminuer la spécificité du facteur. Un tel FS risquerait alors de chevaucher conceptuellement le FG, lui-même défini par une combinaison d'items représentant l'ensemble des comportements. Dans ce cas, le modèle testé pourrait ne pas correctement s'ajuster aux données recueillies, ou encore conduire à la non identification du FS « conduites de soutien », alors même que ce dernier renvoie à des comportements théoriquement distincts du FG et qui sont susceptibles d'être mis en œuvre de manière différente et sélective par les superviseurs. C'est pourquoi nous préférons d'emblée retenir une mesure du LH aux dimensions nombreuses et très spécifiques.

De plus, comme nous l'avons déjà évoqué, les items du modèle en six dimensions de Konczak et al. (2000) sont très proches conceptuellement des items du modèle unidimensionnel de Pearce et Sims (2002). Par ailleurs, la validité divergente de ce dernier a été démontrée avec des dimensions telles que les comportements de leadership transformationnel, transactionnel et directif (Pearce & Sims, 2002). Par extension, la mesure de Konczak et al. (2000) nous semble représenter un choix judicieux à la fois pour tester l'existence d'un FG (compte tenu de la structure unidimensionnelle du modèle de Pearce et al., 2002)

et pour limiter le chevauchement conceptuel de la mesure avec d'autres styles de leadership.

Finalement, le modèle de Konczak et al. (2000) est le seul modèle largement multidimensionnel à s'appuyer sur une distinction conceptuelle entre la délégation d'autorité et la responsabilisation du salarié, avec deux sous-dimensions clairement identifiées (Ahearne et al., 2005 ; Arnold et al., 2000 ; Konczak et al., 2000). Cette distinction nous semble intéressante à prendre en compte. En effet, plusieurs études montrent des corrélations différentes selon que nous considérons la délégation ou la responsabilisation dans les relations avec différentes variables organisationnelles. Par exemple, la responsabilisation est moins fortement corrélée que la délégation, à l'habilitation psychologique (Konczak et al., 2000) et à l'engagement (i.e. vigueur, absorption et dévouement ; Mendes & Stander, 2011). En outre, certaines études vont jusqu'à montrer une absence de corrélation significative de la responsabilisation avec l'intention de quitter son emploi (Bester et al., 2015) et l'efficacité organisationnelle (Schneider et al., 2007), alors que la délégation est à chaque fois corrélée significativement. Ces effets contrastés témoignent évidemment de la distinction conceptuelle de la délégation et de la responsabilisation, et peuvent aussi suggérer des mécanismes d'action différents et complémentaires dans l'explication d'issues motivationnelles, attitudinales et comportementales. Dans ce sens, Konczak (2000) montre que les effets positifs de toutes les dimensions de son modèle du LH sur l'engagement affectif sont totalement médiés par l'habilitation psychologique, à l'exception de la responsabilisation dont les effets positifs ne sont que partiellement médiés. Ces résultats nous encouragent à distinguer délégation et responsabilisation comme deux facteurs spécifiques, et à étudier les effets distincts de ces deux dimensions sur la santé.

Dans le cadre de l'objectif 1, nous formulons l'hypothèse suivante :

Hypothèse 1. Le modèle du LH estimé à partir du questionnaire de Konczak et al. (2000) s'ajustera mieux aux données dans le cadre d'un modèle bifactoriel s'appuyant sur un FG LH et six FS « délégation de pouvoir », « responsabilisation », « coaching à l'auto-direction », « partage d'informations », « développement des compétences » et « droit à l'erreur pour l'innovation ».

2.1.2. Objectif 2 – étude de la relation entre LH et santé

Le deuxième objectif consiste à étudier l'effet du FG et des FS sur la santé, à savoir le stress, l'épuisement, et les affects négatifs et positifs. À l'appui de la TCR (Bakker & Costa, 2014 ; Hobfoll, 1989) et du MCR (Bakker & Demerouti, 2014, 2017), mais aussi des résultats empiriques sur la distinction entre EE et ED (Crawford et al., 2010 ; Lepine et al., 2005), nous proposons précédemment que le FG LH serait négativement relié aux issues de santé négatives, dans la mesure où le salarié pourrait faire face au challenge de la délégation et de la responsabilisation, à l'appui des ressources que constituent les comportements de soutien du LH (Bakker & Demerouti, 2017 ; Lepine et al., 2005 ; Tadić et al., 2015). En outre, nous estimons que le FG LH serait positivement associé aux issues de santé positives, dans la mesure où : (1) les conduites de soutien du LH en tant que ressources seraient susceptibles de favoriser le développement et les expériences relevant du plaisir, (2) les conduites délégatives et responsabilisantes en tant que challenges seraient susceptibles de renforcer l'utilité, la saillance et donc les effets des conduites de soutien, et (3) les conduites délégatives et responsabilisantes seraient susceptibles, indépendamment des ressources, de constituer un challenge favorisant intrinsèquement le développement et le bien-être de l'individu (Hobfoll, 1989 ; Lepine et al., 2005 ; Tadić et al., 2015).

Hypothèse 2. Le FG LH sera négativement relié au stress perçu, aux affects négatifs et à l'épuisement émotionnel, et positivement relié aux affects positifs.

2.1.3. Objectif 3 – LH, attitudes et comportements

Les effets positifs du LH sur la satisfaction professionnelle, la performance individuelle et l'intention de partir sont bien documentés (Kim et al., 2018 ; Lee et al., 2018). Nous pouvons souligner le rôle central du mécanisme d'habilitation psychologique et de ses conséquences dans l'explication des effets favorables du LH sur les attitudes et les comportements (Kim & Beehr, 2018a ; Lee et al., 2018 ; Zhang & Bartol, 2010). En bref, le salarié habilité est susceptible, non seulement, de s'identifier (i.e., internalisation de la motivation ; Zhang & Bartol, 2010) et de s'attacher à son organisation (i.e., engagement affectif ; Dewettinck & van Amejide, 2011), mais aussi de s'engager dans la transformation proactive des caractéristiques de son poste (i.e., job crafting ; Kim & Beehr, 2018b),

l'ensemble contribuant à augmenter sa satisfaction professionnelle et sa performance, et à diminuer son intention de quitter l'organisation (Kim et al., 2018 ; Lee et al., 2018).

À notre connaissance, aucune étude n'a investigué le lien entre le LH et ces variables, selon une conception bifactorielle du LH. Compte tenu des résultats unanimes dans la littérature sur la relation positive du LH avec la satisfaction professionnelle et la performance, et le lien négatif entre le LH et l'intention de quitter l'organisation (Kim et al., 2018 ; Lee et al., 2018), nous pouvons supposer que le FG LH serait relié positivement à la satisfaction et à la performance, et négativement à l'intention de partir.

En nous appuyant sur le MER (Demerouti et al., 2004 ; Meijman & Mulder, 1998) et le MRTM (ten Brummelhuis & Bakker, 2012), nous avons également proposé que le FG LH soit négativement relié aux ITP, considérant les effets généralement positifs du LH sur les ressources telles que l'habilitation psychologique (Kim et al., 2018) et le rôle protecteur des ressources contre les ITP (ten Brummelhuis & Bakker, 2012). Comme précédemment, en l'absence de travaux s'appuyant sur une approche bifactorielle du LH, nous laissons une question ouverte quant à l'explication de la satisfaction, de l'intention de partir, de la performance et des conflits travail-famille par les FS.

Hypothèse 3. Le FG LH sera positivement relié à la satisfaction professionnelle et à la performance individuelle, et négativement relié à l'intention de quitter l'organisation et aux conflits travail/famille.

2.2. Méthode

2.2.1. Participants et procédure

L'étude a été réalisée dans le cadre d'un partenariat entre le service de santé au travail de Nantes métropole et de la ville de Nantes (SSTNM) et le service de santé au travail du Centre Hospitalier Universitaire de Nantes (SSTCHU), avec le soutien du service de santé publique et de la direction de la recherche clinique du CHU de Nantes. Le projet consistait à réaliser une enquête scientifique auprès des salariés de Nantes Métropole et de la Ville de Nantes avec un objectif double : (1) restituer au SSTNM des résultats d'analyse sur l'état des conditions psycho-socio-organisationnelles et de la santé psychologique au travail, au

service du développement de projets de prévention et d'accompagnement en matière de santé au travail ; et (2) tester les hypothèses de la présente étude. En outre, ce projet faisait figure d'étude préparatoire au Projet de Recherche sur la Performance du système des Soins (PREPS) Chrysalide, financé par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) depuis 2016, dans le cadre d'un appel d'offre scientifique (Cougot et al., 2019). Le projet de recherche avec le SSTNM faisait partie intégrante du PREPS Chrysalide. Dans ce cadre, il a obtenu un avis favorable du Groupe Nantais d'Éthique dans le Domaine de la Santé (GNEDS) avec le numéro de référence GNEDS02122018.

Le recueil de données était réalisé à l'occasion de la visite médicale des salariés au SSTNM. Ces visites médicales sont règlementaires et imposées à tout employeur par le Code du Travail français à raison d'une fois tous les cinq ans au minimum (Décret n° 2016-1908 du 27 décembre 2016 relatif à la modernisation de la médecine du travail, 2016). Il s'agit de consultations de prévention, visant le suivi individuel et collectif de la santé et des conditions de travail. La population d'étude avait la particularité d'être majoritairement composée de fonctionnaires de la fonction publique territoriale. Nous distinguons sur ce point les *titulaires de la fonction publique* qui sont détenteurs de leur grade, et les *stagiaires de la fonction publique* qui sont mis à l'épreuve sur une période d'un an avant d'obtenir leur poste de titulaire. Les fonctionnaires sont distingués des contractuels (très minoritaires), qui bénéficient de contrats de travail à durée déterminée (CDD) ou indéterminée (CDI), régis par les mêmes lois que le secteur privé. Tous les salariés ont un statut défini par leur grade professionnel allant de A à C. Le grade de catégorie A correspond à des fonctions de conception et de direction. Le grade de catégorie B correspond à des fonctions comparables aux professions intermédiaires, susceptibles également d'assurer des fonctions d'encadrement. Et enfin, le grade de catégorie C correspond à des fonctions d'exécution. Nous distinguons néanmoins certains salariés de catégorie C qui assurent des fonctions d'agent de maîtrise et d'encadrement d'équipe. L'ensemble des professionnels émargent dans huit directions principales, subdivisées en un total de quarante-six sous-directions au moment du recueil. Au total, Nantes Métropole et la Ville de Nantes comptabilisent près de dix-mille salariés.

Le recueil de données s'est déroulé sur une période de cinq mois, entre mars 2018 et juillet 2018. Pendant cette période, chaque salarié qui se présentait pour sa visite médicale au SSTNM était sollicité par l'agent d'accueil afin de compléter le questionnaire en attendant son rendez-vous. Les salariés qui

acceptaient étaient ensuite accueillis par un stagiaire en Master 2 de psychologie du travail et des organisations impliqué dans la mise en place de cette recherche. Le stagiaire a reçu individuellement dans une salle dédiée à cette étude chaque participant afin d'expliquer les modalités de la recherche et de s'assurer à nouveau de l'accord du salarié. Chaque personne complétait ensuite l'intégralité du questionnaire regroupant des questions sociodémographiques et portant sur les indicateurs de la recherche. Cette passation prenait en moyenne 15 minutes.

Le recueil a permis de constituer un échantillon de 244 participants (Tableau 1), âgés entre 22 et 65 ans ($M = 45,71$; $ET = 8,97$). L'ancienneté moyenne dans l'organisation est de 14,13 ans ($ET = 9,15$) et l'ancienneté sur le poste de 8,01 ans ($ET = 6,79$). Près de 60% de l'échantillon est composé d'hommes. Concernant le statut, la majorité des participants se trouve dans la catégorie C et représente 72,1% de l'échantillon, parmi lesquels 11,9% sont agents de maîtrise. Viennent ensuite les salariés de catégories A et B, représentant respectivement 14,3% et 13,5% de l'échantillon. Le type de contrat le plus représenté est celui des titulaires de la fonction publique, représentant à lui seul 88,9% de l'échantillon. Viennent ensuite les stagiaires de la fonction publique (4,9%), les CDI (3,3%) et les CDD (2,9%). La grande majorité des participants travaille à temps plein (90,6% de l'échantillon).

Tableau 1. Description de l'échantillon (n = 244)

<i>Variables</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Sexe		
NA	2	0,8
Homme	148	60,7
Femme	94	38,5
Grade		
A	35	14,3
B	33	13,5
C agent de maîtrise	21	8,6
C	155	63,5
Contrat professionnel		
Stagiaire de la fonction publique	12	4,9
Titulaire de la fonction publique	217	88,9
CDD	7	2,9
CDI	8	3,3
Temps de travail		
Temp plein	221	90,6
Temps partiel	23	9,4
Direction		
NA	1	0,4
Direction de la cohérence territoriale	90	36,9
Direction de la cohésion sociale	31	12,7
Direction de la culture	13	5,3
Direction développement économique	1	0,4
Direction environnement et services urbains	37	15,2
Direction des ressources	49	20,1
Direction sécurité et tranquillité publique	8	3,3
Direction des services	14	5,7
Motif de visite médicale		
NA	4	1,6
Autre	21	8,6
Demande de l'agent	42	17,2
Demande de l'employeur	4	1,6
Demande de la hiérarchie	6	2,5
Embauche	4	1,6
Pré-reprise	3	1,2
Reprise après arrêt	22	9
Systématique	137	56,1
Urgence	1	0,4

Note. NA : non attribuable.

2.2.2. Mesures

2.2.2.1. *Le leadership habilitant (LH)*

Le LH était mesuré avec l'échelle « Leader Empowering Behaviour Questionnaire » (LEBQ) de Konczak et al. (2000). Nous avons traduit et adapté l'échelle en français en suivant la méthode de traduction inversée préconisée par Vallerand (1989). Une première traduction de l'anglais vers le français a été réalisée par deux individus bilingues en anglais et en français indépendants. Une contre-traduction du français vers l'anglais a ensuite été réalisée par deux traducteurs professionnels indépendants. Un comité de chercheurs spécialisés en psychologie du travail et en santé au travail a ensuite été réuni pour évaluer la correspondance entre la version anglaise originale et la version anglaise contre-traduite, ceci afin de juger de la pertinence et d'adapter la traduction française proposée.

L'échelle est composée de 17 items contribuant à mesurer six dimensions (Tableau 2) : (1) la délégation de pouvoir (e.g., « Mon supérieur hiérarchique me donne le pouvoir dont j'ai besoin pour prendre des décisions qui améliorent les procédures en place ») ; (2) la responsabilisation (e.g., « Mon supérieur hiérarchique me considère comme responsable du travail que je dois faire ») ; (3) le coaching à l'auto-direction (e.g., « Mon supérieur hiérarchique essaie de m'aider à trouver mes propres solutions en cas de problèmes, plutôt que de me dire ce qu'il/elle ferait ») ; (4) le partage d'informations (e.g., « Mon supérieur hiérarchique partage les informations dont j'ai besoin pour assurer des résultats de grande qualité ») ; (5) le développement des compétences (e.g., « Mon supérieur hiérarchique m'offre fréquemment la possibilité de développer de nouvelles compétences ») ; et enfin (6) le droit à l'erreur pour l'innovation (e.g., « Je suis encouragé(e) à proposer de nouvelles idées même s'il y a une possibilité qu'elles ne marchent pas »). Le participant indique son degré d'accord avec chacun des énoncés sur une échelle en sept points, allant de (1) « Fortement en désaccord » à (7) « Fortement en accord ».

Tableau 2. Version française du LEBQ

<i>Sous-dimensions</i>	<i>Items</i>
Délégation de pouvoir	<p>1. Mon supérieur hiérarchique me donne le pouvoir dont j'ai besoin pour prendre des décisions qui améliorent les procédures en place.</p> <p>2. Mon supérieur hiérarchique me donne le pouvoir de faire les changements nécessaires pour améliorer les choses.</p> <p>3. Mon supérieur hiérarchique me délègue le pouvoir correspondant au niveau de responsabilité qui est le mien.</p>
Responsabilisation	<p>4. Mon supérieur hiérarchique me considère comme responsable du travail que je dois faire.</p> <p>5. Je suis tenu responsable de ma performance et de mes résultats.</p> <p>6. Mon supérieur hiérarchique considère que les personnels du service sont responsables de la satisfaction des usagers. (contextualisé)</p>
Coaching à l'auto-direction	<p>7. Mon supérieur hiérarchique essaie de m'aider à trouver mes propres solutions en cas de problèmes, plutôt que de me dire ce qu'il/elle ferait.</p> <p>8. Mon supérieur hiérarchique compte sur moi pour prendre les décisions lorsque des problèmes ont un impact sur la réalisation du travail.</p> <p>9. Mon supérieur hiérarchique m'encourage à développer mes propres solutions face aux problèmes que je rencontre dans mon travail.</p>
Partage d'informations	<p>10. Mon supérieur hiérarchique partage les informations dont j'ai besoin pour assurer des résultats de grande qualité.</p> <p>11. Mon supérieur hiérarchique me fournit les informations dont j'ai besoin pour satisfaire les besoins des usagers. (contextualisé)</p>
Développement des compétences	<p>12. Mon supérieur hiérarchique m'encourage à systématiquement utiliser des méthodes de résolution de problèmes.</p> <p>13. Mon supérieur hiérarchique m'offre fréquemment la possibilité de développer de nouvelles compétences.</p> <p>14. Mon supérieur hiérarchique fait en sorte que la formation continue et le développement des compétences soient des priorités dans notre service.</p>
Droit à l'erreur pour l'innovation	<p>15. Mon supérieur hiérarchique est prêt à prendre le risque que je fasse des erreurs si, à long terme, elles me permettent d'apprendre et de m'améliorer.</p> <p>16. Je suis encouragé(e) à proposer de nouvelles idées même s'il y a une possibilité qu'elles ne marchent pas.</p> <p>17. Mon supérieur hiérarchique porte son attention sur les actions correctives au lieu de me rendre responsable lorsque je fais une erreur.</p>

Note. Contextualisé : le terme « client » a été remplacé par le terme « usager », plus conforme au vocabulaire utilisé dans la fonction publique territoriale.

2.2.2.2. *Le stress perçu*

Le stress perçu était mesuré au moyen de la version en quatre items de l'échelle initialement développée par Cohen et al. (1983) et validée en français par Lesage et al. (2012). Ce questionnaire permet d'opérationnaliser le stress en adéquation avec le modèle transactionnel du stress (Lazarus, 1974). Il permet le calcul d'un score global de stress perçu reposant sur deux items relatifs au vécu de débordement (e.g., « Vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ? ») et deux items relatifs à la perception d'auto-efficacité destinés à être inversés (e.g., « Vous êtes-vous senti(e) confiant(e) à prendre en main vos problèmes personnels ? » ; Bellinghausen et al., 2009 ; Lesage et al., 2012). Le participant indique la fréquence à laquelle il a été confronté à chacune des situations au cours du dernier mois, sur une échelle en cinq points allant de (1) « Jamais » à (5) « Souvent ».

2.2.2.3. *L'épuisement émotionnel*

L'épuisement émotionnel était mesuré au moyen de cinq items (e.g., « Mon travail m'épuise ») proposés par Maslach et Schaufeli (1993). Le participant indiquait s'il avait rencontré chacune des situations ces derniers temps en s'appuyant sur une échelle en cinq points allant de (1) « Totalemment en désaccord » à (5) « Totalemment en accord ».

2.2.2.4. *Les affects négatifs et positifs*

Les affects positifs (e.g., « enthousiaste ») et négatifs (e.g., « anxieux ») étaient mesurés avec deux sous-échelles de la version française (Herrbach, 2005) du questionnaire développé par Van Katwyk et al. (2000). Cette échelle a été conçue spécifiquement pour mesurer les affects au travail selon le modèle de Warr (1990) adapté de Russell (1979, 1980, 2003). Le participant devait indiquer la fréquence à laquelle il a expérimenté une série d'affects au cours du dernier mois, en se positionnant sur une échelle en cinq points allant de (1) « Jamais » à (5) « très souvent ».

2.2.2.5. *Les conflits travail/famille*

Les conflits travail/famille étaient mesurés à l'aide de trois items (e.g., « Vous trouvez difficile de remplir vos obligations familiales parce que vous êtes toujours en train de penser à votre travail ») utilisés par Demerouti et al. (2004) ainsi que Bakker et al. (2011). Le participant indiquait son degré d'accord avec chacun des énoncés sur une échelle en cinq points, allant de (1) « Pas du tout d'accord » à (5) « Tout à fait d'accord ».

2.2.2.6. *La satisfaction professionnelle*

La satisfaction professionnelle était mesurée à l'aide d'une question unique proposée par Tavani et al. (2014, 2017) : « Dans l'ensemble, êtes-vous satisfait(e) de votre travail ? ». Le participant indiquait son niveau de satisfaction sur une échelle en quatre points allant de (1) « Non satisfait(e) » à (4) « Totalelement satisfait(e) ».

2.2.2.7. *La performance individuelle autoévaluée*

La performance individuelle était mesurée à partir d'une question unique proposée par Kessler et al. (2003) : « Sur une échelle de 0 à 10, comment jugez-vous votre performance au travail au cours des quatre dernières semaines ? (0 représente la pire et 10 la meilleure performance qu'une personne puisse fournir dans son travail) ».

2.2.2.8. *L'intention de quitter l'organisation*

L'intention de quitter l'organisation était mesurée à l'aide d'une question proposée par Nagy (2002) : « Sur une échelle de 0 à 10, à quel point souhaitez-vous quitter votre emploi actuel dans les 12 prochains mois ? (0 signifie « pas du tout envie de partir » et 10 signifie « tout à fait décidé à partir ») ».

2.2.3. Analyses

2.2.3.1. *Échantillon d'analyse*

Lors de l'estimation des modèles, nous avons été confrontés à des problèmes d'estimation. Plus précisément, l'estimation des paramètres aboutissait à de nombreux résidus définis négativement. Nous avons alors entrepris de nettoyer le jeu de données, en commençant par identifier les participants avec des réponses atypiques sur chacun des items du LH (i.e., les « outliers univariés ») et sur l'ensemble des items du LH (i.e., les « outliers multivariés »). En effet, la présence de valeurs atypiques introduit de la variance d'erreur et peut compromettre la validité des résultats (Deledalle & Rowe, 2021 ; Leys et al., 2018). Les outliers univariés ont été identifiés en repérant les valeurs s'écartant de plus de 3 écart-types de la moyenne, et les outliers multivariés en utilisant la distance de Mahalanobis (Deledalle & Rowe, 2021). Cette démarche nous a permis d'identifier 13 outliers multivariés et 6 outliers univariés. Nous avons ensuite écarté les participants avec ces outliers pour constituer un nouvel échantillon de 225 participants. Les analyses présentées dans la thèse ont été réalisées à partir de cet échantillon⁸.

2.2.3.2. *Modélisation de la structure factorielle du LH*

Toutes les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel *Mplus* 8.3 (Muthén & Muthén, 2017). Les modèles étaient estimés au moyen de l'estimateur du « maximum de vraisemblance avec estimation robuste des erreurs standards » (MLR). Cet estimateur est une version plus fiable du maximum de vraisemblance pour faire face à des distributions non-normales ou à des observations non-indépendantes (Muthén & Muthén, 2017). Plus précisément, cette méthode applique une correction qui fiabilise l'estimation des erreurs

⁸ Toutefois, la littérature invite les chercheurs à la prudence dans la gestion des outliers (Deledalle & Rowe, 2021 ; Leys et al., 2018). En effet, le type de traitement des données atypiques (i.e., suppression, transformation, ou conservation) a un effet sur la confirmation des hypothèses (Deledalle & Rowe, 2021). En conséquence, nous avons mené des analyses de sensibilité. Plus précisément, nous avons répliqué l'analyse en équation structurelle présentée dans la thèse (partie 2.3.2) à partir de l'échantillon de 244 participants. Le modèle s'ajuste correctement aux données (RMSEA = 0,050 ; CFI = 0,923 ; TLI = 0,900) et montre des effets du LH similaires à ceux observés avec l'échantillon comprenant 225 participants. En bref, la suppression des outliers permet de résoudre les problèmes rencontrés dans l'estimation des modèles et influence peu les résultats obtenus.

standards (Rosseel, 2010). La première partie des analyses a consisté à tester la structure bifactorielle du LH. Quatre modèles concurrents ont été estimés, en reprenant la stratégie d'analyse employée et recommandée par Morin et ses collègues (Gillet et al., 2019 ; Morin et al., 2016 ; Tóth-Király et al., 2018).

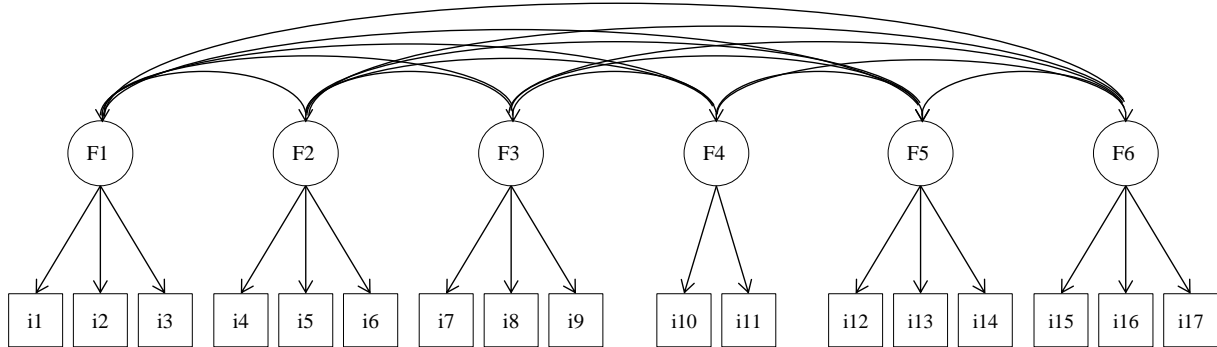
Pour commencer, nous avons spécifié un modèle CFA (Figure 15.a) avec six facteurs corrélés (e.g., la délégation de pouvoir, définie par les items 1, 2 et 3 ; Konczak et al., 2000) et aucune saturation croisée autorisée. Ensuite, un modèle ESEM (Figure 15.b ; Marsh et al., 2014) était estimé, avec les mêmes facteurs corrélés que dans le modèle précédent, mais cette fois-ci en autorisant les saturations croisées. En quelques mots, l'analyse ESEM combine l'intérêt des CFA et des analyses en équation structurelle (SEM), à celui des analyses factorielles exploratoires (EFA). En effet, les modèles ESEM permettent de tester l'ajustement d'un modèle préétabli, comme en CFA et en SEM, tout en autorisant les saturations croisées des items sur l'ensemble des facteurs, comme en EFA (Marsh et al., 2014). La méthode consiste à estimer chaque facteur comme une combinaison (1) de ses items dédiés, pour lesquels les paramètres sont estimés librement, et (2) de l'ensemble des autres items, pour lesquels l'estimation des paramètres est contrainte à rester le plus proche possible de zéro (i.e., Asparouhov & Muthén, 2009). Troisièmement, un modèle bifactoriel avec une analyse factorielle confirmatoire était estimé (BCFA ; Figure 15.c ; Morin et al., 2016), avec un facteur global (FG) et six facteurs spécifiques (FS : délégation de pouvoir, responsabilisation, coaching, partage d'informations, développement des compétences, et droit à l'erreur). Les saturations croisées n'étaient pas autorisées et toutes les dimensions étaient spécifiées comme orthogonales (i.e., indépendantes), compte tenu du fait que le FG est censé expliquer de manière satisfaisante la covariance entre les sous-dimensions (Chen et al., 2006). Enfin, nous avons estimé un modèle bifactoriel en équation structurelle exploratoire (BESEM ; Figure 15.d ; Morin et al., 2016), pour lequel nous avons spécifié le même FG et les mêmes FS que dans le modèle BCFA, mais cette fois-ci, en autorisant les saturations croisées des items sur tous les FS. L'estimation était réalisée avec une rotation orthogonale bifactorielle ciblée (Reise et al., 2011). Cet algorithme procède à l'estimation (1) du FG comme une combinaison linéaire de l'ensemble des items, lesquels sont a priori spécifiés pour définir le FG, et (2) à l'estimation des FS selon la procédure que nous avons décrite pour l'analyse ESEM (Reise et al., 2011).

En bref, chacun de ces modèles propose une structure et une conception sensiblement différentes du LH. Le modèle CFA propose de considérer six

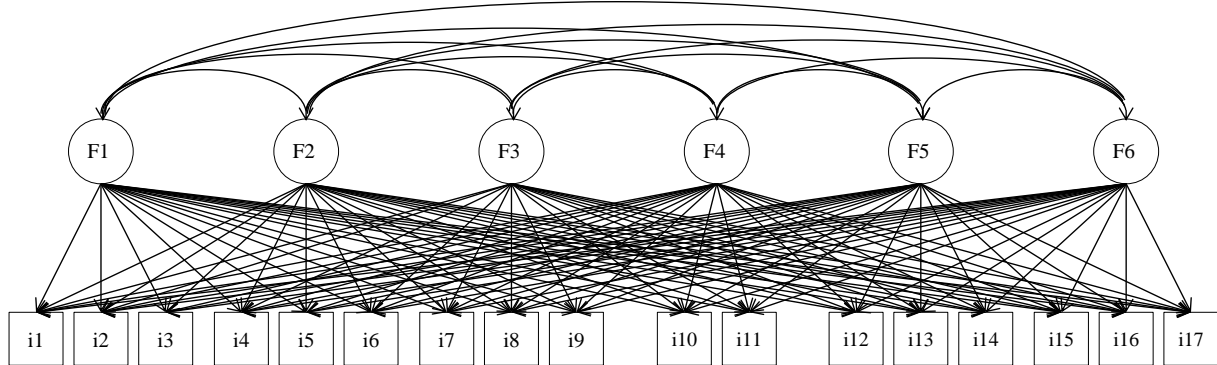
facteurs corrélés définis par leurs items respectifs. Il s'agit du modèle défendu initialement par Konczak et al. (2000). Le modèle ESEM propose de considérer toujours les mêmes six facteurs corrélés, mais en envisageant que les items puissent contribuer à expliquer simultanément plusieurs dimensions. Le modèle BCFA propose de considérer sept facteurs indépendants, à savoir, six facteurs spécifiques définis par leurs items respectifs et un facteur global défini par l'ensemble des items du LH. Et enfin, le modèle BESEM propose de considérer la même structure que le modèle BCFA, mais en envisageant que les items puissent contribuer également à définir les autres FS et non plus seulement leur FS dédiés et le FG.

Figure 13. Schémas des modèles alternatifs du LH testés

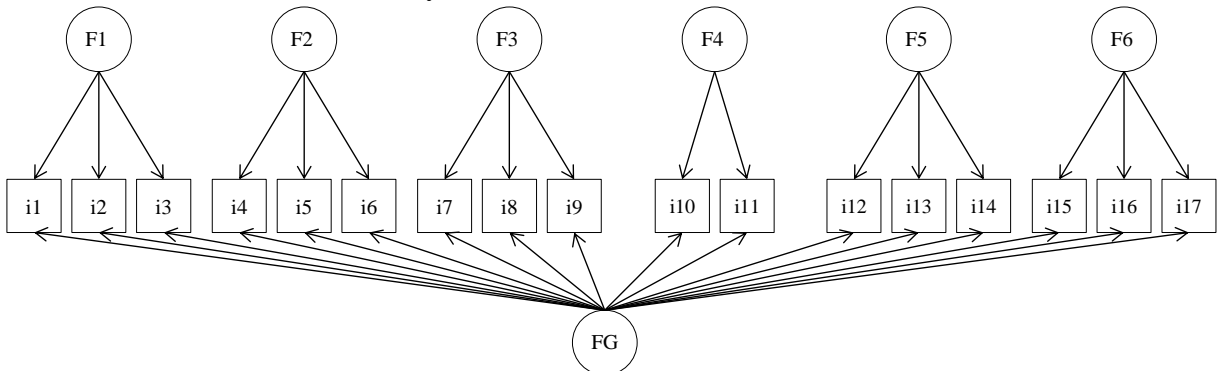
a. Modèle en analyse factorielle confirmatoire (CFA) :



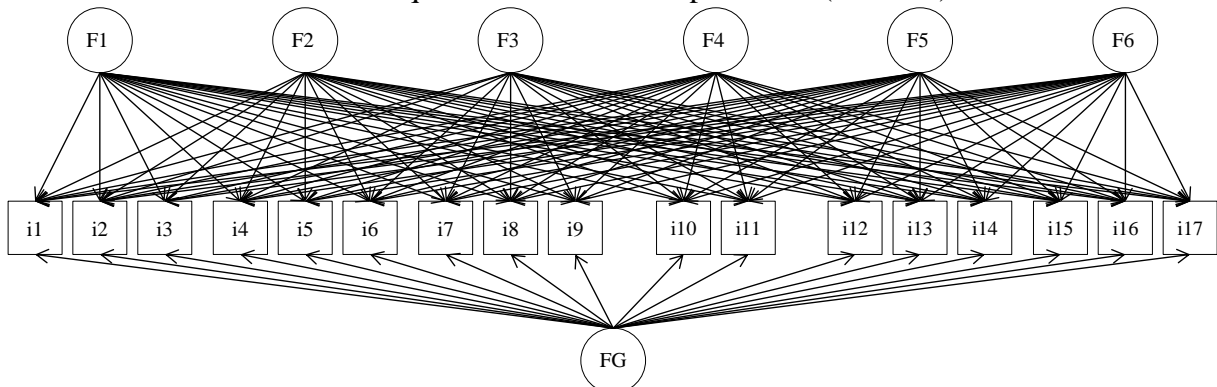
b. Modèle en équation structurelle exploratoire (ESEM) :



c. Modèle bifactoriel en analyse factorielle confirmatoire (BCFA) :



d. Modèle bifactoriel en équation structurelle exploratoire (BESEM) :



Note : F1 : Délégation de pouvoir ; F2 : Responsabilisation ; F3 : Coaching ; F4 : Partage d'informations ; F5 : Développement des compétences ; F6 : Droit à l'erreur ; FG : Facteur Global ; i : item.

2.2.3.3. *Comparaison des modèles sur la base des indices d'ajustement*

La comparaison des modèles a été réalisée sur la base des indices d'ajustement obtenus et des paramètres estimés dans les modèles. L'ajustement des modèles a été évalué au moyen de l'indice de comparaison d'ajustement (CFI : « Comparative Fit Index »), de l'indice de Tucker-Lewis (TLI : « Tucker-Lewis Index »), de l'erreur quadratique moyenne d'approximation (RMSEA : « Root Mean Square Error of Approximation ») et de la valeur du χ^2 . Le test du χ^2 et le RMSEA sont des indicateurs d'ajustement « absolu » (Chen, 2007 ; Xia & Yang, 2019). Ils indiquent l'écart entre le modèle estimé et un modèle parfait. Par conséquent, plus leur valeur est faible, plus l'ajustement du modèle est bon (Chen, 2007). Le test du χ^2 est couramment renseigné dans les études pour tester l'ajustement des modèles. Néanmoins, un certain nombre de limites conduisent aujourd'hui les chercheurs à lui préférer le RMSEA, le CFI et le TLI, en particulier pour les échantillons de taille inférieure à 250 participants (Yu, 2002). En effet, l'usage du χ^2 peut conduire à rejeter par erreur un bon modèle lorsque l'échantillon est grand, et à accepter par erreur un mauvais modèle lorsque l'échantillon est petit (Yu, 2002). Toutefois, même si le test statistique peut manquer de fiabilité, la valeur du χ^2 peut fournir un indice supplémentaire de comparaison de l'ajustement des modèles.

Le CFI et le TLI sont des indicateurs d'ajustement « incrémentiel » (Xia & Yang, 2019). À l'inverse du χ^2 et du RMSEA, ils comparent l'ajustement du modèle postulé avec un modèle nul (i.e., avec un mauvais ajustement ; Chen, 2007). Par conséquent, plus le CFI et le TLI ont une valeur forte, plus le modèle postulé témoigne d'un bon ajustement aux données recueillies (Chen, 2007). L'avantage de ces indices est que ceux-ci demeurent fiables lorsque l'échantillon est de petite taille (Cangur & Ercan, 2015 ; Chen, 2007 ; Taasoobshirazi & Wang, 2016) ou lorsque la distribution des données n'est pas normale (Yu, 2002). Étant donné que la taille de notre échantillon est inférieure à 250 personnes, le CFI et le TLI semblent particulièrement appropriés pour juger de l'ajustement de nos modèles.

En outre, le TLI, mais aussi le RMSEA, sont pénalisés en faveur de la parcimonie du modèle (Marsh et al., 2009). Autrement dit, plus le nombre de paramètres estimés dans le modèle est important, plus le RMSEA et le TLI se dégradent. Cette propriété est intéressante lorsqu'il s'agit de comparer un modèle CFA et un modèle ESEM. En effet, un modèle ESEM implique

l'estimation d'un nombre beaucoup plus important de paramètres comparativement à un modèle CFA, en raison de la prise en compte des saturations croisées (Marsh et al., 2009). Or, l'augmentation du nombre de paramètres pris en compte dans un modèle (i.e., complexité) peut contribuer à augmenter arbitrairement la puissance prédictive du modèle et conduire à un sur-ajustement (Vandekerckhove et al., 2015). Le sur-ajustement est manifeste lorsqu'un modèle montre un excellent ajustement dans un échantillon donné, mais échoue à prédire les observations sur l'ensemble de la population. Dans un tel cas de figure, la variance observée peut avoir été abusivement expliquée par le modèle, alors qu'il s'agissait en fait de variance d'erreur. Afin de se prémunir de ce risque, il est recommandé de préférer les modèles parcimonieux (Vandekerckhove et al., 2015). C'est pourquoi Marsh et al. (2009) recommandent de porter une attention particulière au TLI et au RMSEA dans la comparaison entre un modèle CFA et un modèle ESEM.

Nous avons retenu les mêmes valeurs seuils que Gillet et al. (2019) pour interpréter les indices, en cohérence avec Marsh et al. (2009) : un CFI (ou un TLI) supérieur ou égal à 0,90 et à 0,95 indique respectivement un ajustement acceptable et excellent aux données. Un RMSEA inférieur à 0,08 et à 0,06 indique respectivement un ajustement acceptable et excellent. Lors de la comparaison de modèles issus d'un même échantillon, Chen (2007) recommande de considérer comme équivalents les modèles dont le TLI et le CFI diffèrent de moins de 0,01 et dont le RMSEA diffère de moins de 0,015.

2.2.3.4. Comparaison des modèles sur la base des valeurs des paramètres estimés

Suivant la méthode de Morin et ses collègues (Gillet et al., 2019 ; Morin et al., 2016 ; Tóth-Király et al., 2018), la première étape dans la sélection du meilleur modèle consiste à arbitrer entre les modèles CFA et ESEM. Un modèle ESEM est plus approprié qu'un modèle CFA si les corrélations entre les facteurs sont réduites dans le modèle ESEM comparativement au modèle CFA (Morin et al., 2016) tout en considérant les indices d'ajustement précédemment détaillés. En outre, précisons que le modèle ESEM ne peut être retenu que si ses dimensions sont correctement définies. Des dimensions correctement définies sont caractérisées par des saturations fortes des items dédiés théoriquement à la dimension. Idéalement, les saturations croisées doivent demeurer inférieures aux

coefficients de saturation des items dédiés. Toutefois, des saturations croisées élevées peuvent également suggérer la nécessité d'intégrer un facteur global et de s'appuyer sur un modèle bifactoriel (Morin et al., 2016).

La deuxième étape consiste à comparer le modèle CFA ou ESEM retenu avec le modèle bifactoriel correspondant (Morin et al., 2016). Dans un modèle BESEM, l'observation d'une diminution des saturations croisées les plus élevées (dans le modèle ESEM) après l'introduction d'un facteur global représente un argument en faveur de la sélection du modèle BESEM (en plus de la valeur des indices d'ajustement). Plus généralement, dans un modèle CFA comme dans un modèle ESEM, nous retiendrons le modèle bifactoriel à condition (a) que l'ajustement aux données s'améliore (comparativement aux modèles CFA ou ESEM), (b) que le facteur global soit bien défini par l'ensemble des items de l'échelle, et (c) que les facteurs spécifiques soient également correctement définis (Gillet et al., 2019 ; Morin et al., 2016).

Les coefficients des paramètres estimés pour chaque modèle ont été standardisés (λ). Nous avons également calculé et renseigné pour chaque facteur le coefficient omega de fiabilité composite (ω). Cet indicateur est plus fiable que l'alpha de Cronbach (α) pour représenter la fidélité des échelles dans le cadre d'un modèle multidimensionnel, a fortiori lorsque les items peuvent expliquer plusieurs dimensions (Green & Yang, 2015). En effet, le coefficient α est calculé sur la base de la covariance inter-items et de la variance des items, c'est-à-dire sans prendre en compte les paramètres qui ont été estimés dans le modèle. Or, la co-variation inter-items se trouve distribuée entre plusieurs facteurs dans le cadre d'un modèle multidimensionnel (Green & Yang, 2015 ; Morin et al., 2016). Par conséquent, tenir compte de la co-variance inter-items totale ne permet pas de refléter la fidélité des facteurs tels qu'ils ont été estimés dans le cadre d'un modèle multidimensionnel (Green & Yang, 2015). En revanche, le coefficient ω de chaque facteur est calculé sur la base des coefficients de saturation estimés dans le modèle et de la variance résiduelle des items (unicité des items ; Béland et al., 2018). En d'autres termes, le coefficient ω tient compte exclusivement de la part de la co-variation inter-items qui a été expliquée par le facteur, et non de la co-variation totale des items. Par conséquent, le coefficient ω permet d'indiquer la cohérence interne des facteurs tels qu'ils sont estimés (Béland et al., 2018 ; Green & Yang, 2015).

2.2.3.5. La relation entre le LH et les covariables

Pour finir, nous avons ajouté les covariables (i.e., stress, épuisement, affects négatifs, affects positifs, conflits travail/famille, satisfaction, performance, et intention de partir) comme des facteurs CFA dans le modèle du LH que nous avons retenu. Les relations entre le LH et les co-variables étaient spécifiées sous la forme de régressions, de telle sorte que chaque covariable soit expliquée par l'ensemble des facteurs du LH. Les coefficients de régression standardisés ont été renseignés, ainsi que la probabilité d'erreur dans le rejet de l'hypothèse nulle associée à chaque coefficient de régression, calculée sur la base du test z (Muthén & Muthén, 2017).

2.3. Résultats

2.3.1. Modélisation du LH

Les valeurs des indices d'ajustement des quatre modèles estimés sont présentées dans le Tableau 3. Les saturations factorielles standardisées des items (λ), ainsi que la variance résiduelle des items (δ : unicité des items) et la fidélité des dimensions (ω : coefficient omega) sont renseignées dans le Tableau 4 pour les quatre modèles de mesure concurrents du LH. Les coefficients de corrélations entre facteurs latents pour les solutions CFA et ESEM, ainsi que l'écart entre les coefficients, sont renseignés dans le Tableau 5.

Tableau 3. Indicateurs d'ajustement des modèles de mesure du LH et du modèle prédictif retenu (n = 225)

Description	χ^2 (ddl)	CFI	TLI	RMSEA	90% IC
<i>Modèles de mesure du LH</i>					
CFA	231,079 (104)*	0,933	0,912	0,074	[0,061 ; 0,086]
BCFA	237,761 (102)*	0,928	0,904	0,077	[0,064 ; 0,090]
ESEM	110,487 (49)*	0,967	0,910	0,075	[0,056 ; 0,093]
BESEM	61,553 (38)*	0,988	0,955	0,052	[0,026 ; 0,076]
<i>Modèle prédictif</i>	993,325 (657)*	0,932	0,911	0,048	[0,041 ; 0,054]

Note. * $p < 0,01$; CFA : analyse factorielle confirmatoire ; ESEM : modèle en équation structurelle exploratoire ; BCFA : bi-facteur CFA ; BESEM : bi-facteur ESEM ; χ^2 : test du Khi² d'ajustement ; ddl : degré de liberté ; CFI : comparative fit index ; TLI : Tucker-Lewis index ; RMSEA : root mean square error of approximation ; 90% IC : intervalle de confiance à 90% pour le RMSEA.

Nous constatons dans un premier temps que les quatre modèles concurrents du LH présentent des indices d'ajustement acceptables au niveau du CFI, du TLI et du RMSEA. Sur ce point, le BESEM se démarque des trois autres modèles, puisqu'il est le seul à témoigner d'un ajustement excellent, aussi bien pour le CFI, que le TLI et le RMSEA. Rappelons que le TLI et le RMSEA sont sensibles à la parcimonie du modèle (Marsh et al., 2009). Aussi, le fait que le BESEM présente le meilleur ajustement au niveau du TLI et du RMSEA en dépit de son nombre important de paramètres constitue un premier argument de poids en faveur de cette configuration factorielle.

2.3.1.1. *CFA Versus ESEM*

Au niveau de la qualité de l'ajustement, les modèles CFA et ESEM sont équivalents. Concernant le modèle CFA, les facteurs latents sont globalement bien définis, avec des coefficients de saturation élevés ($\lambda = 0,419-0,914$). Il en est de même pour le modèle ESEM ($\lambda = 0,316-0,994$). De plus, même si le modèle ESEM met en évidence de nombreuses saturations croisées ($\lambda = 0,003-0,343$), celles-ci sont moins élevées que les coefficients de saturation des items dédiés. Finalement, nous constatons que toutes les corrélations entre les variables latentes sont moins élevées dans le modèle ESEM que dans le modèle CFA (Tableau 5). Nous pouvons donc considérer le modèle ESEM comme le modèle le plus approprié. Nous allons maintenant comparer ce modèle avec un modèle BESEM.

Tableau 4. Modèles CFA, BCFA, ESEM et BESEM du leadership habilitant (n = 225)

Items	CFA		BCFA			ESEM						BESEM								
	λ	δ	G- λ	S- λ	δ	λ	λ	λ	λ	λ	δ	G- λ	S- λ	S- λ	S- λ	S- λ	S- λ	S- λ	δ	
<i>Délégation de pouvoir</i>																				
Item 1	0,914	0,164	0,722	0,604	0,113	0,979	-0,025	-0,058	0,065	-0,091	0,030	0,118	0,713	0,592	-0,033	-0,012	0,042	-0,033	0,021	0,138
Item 2	0,931	0,133	0,760	0,508	0,164	0,841	-0,090	0,076	0,097	-0,054	0,063	0,156	0,731	0,563	-0,053	0,080	0,043	0,044	0,057	0,133
Item 3	0,734	0,461	0,670	0,312	0,454	0,620	0,162	0,094	0,003	0,06	-0,055	0,417	0,682	0,311	0,048	0,009	0,032	-0,100	-0,107	0,413
ω	0,897			0,735		0,896								0,758						
<i>Responsabilisation</i>																				
Item 4	0,730	0,468	0,442	0,399	0,645	0,111	0,732	-0,033	-0,056	-0,134	0,192	0,397	0,492	-0,036	0,472	-0,085	-0,022	-0,312	0,041	0,427
Item 5	0,598	0,643	0,225	0,843	0,240	-0,062	0,582	0,063	0,176	-0,159	-0,075	0,618	0,218	-0,009	0,678	0,062	0,074	-0,001	-0,045	0,481
Item 6	0,419	0,824	0,251	0,376	0,795	-0,119	0,319	0,116	0,196	0,011	-0,057	0,815	0,220	-0,027	0,441	0,086	0,079	0,161	-0,034	0,716
ω	0,611			0,609		0,593								0,609						
<i>Coaching à l'auto-direction</i>																				
Item 7	0,743	0,448	0,688	0,194	0,489	0,034	0,262	0,329	-0,001	0,321	0,037	0,444	0,712	-0,082	0,126	0,097	-0,050	0,036	-0,096	0,449
Item 8	0,556	0,691	0,457	0,517	0,524	-0,091	0,104	0,513	0,059	-0,096	0,165	0,635	0,436	-0,001	0,205	0,363	-0,031	0,045	0,149	0,611
Item 9	0,735	0,460	0,669	0,328	0,444	0,142	-0,105	0,832	-0,076	-0,026	0,045	0,246	0,671	0,088	-0,083	0,559	-0,027	-0,078	0,026	0,215
ω	0,721			0,425				0,678							0,448					
<i>Partage d'informations</i>																				
Item 10	0,916	0,160	0,822	0,391	0,172	0,230	0,123	0,039	0,523	0,202	0,066	0,199	0,811	0,055	0,029	-0,036	0,576	-0,001	-0,032	0,004
Item 11	0,902	0,186	0,800	0,435	0,171	0,132	0,150	-0,017	0,618	0,232	0,089	0,155	0,757	0,078	0,163	-0,031	0,354	0,207	0,036	0,225
ω	0,905			0,665				0,786								0,790				
<i>Développement des compétences</i>																				
Item 12	0,736	0,458	0,750	0,064	0,434	0,106	0,052	0,343	0,302	0,316	-0,113	0,377	0,704	0,037	0,077	0,157	0,173	0,193	-0,133	0,388
Item 13	0,866	0,251	0,800	0,399	0,201	0,061	-0,089	0,212	0,112	0,477	0,280	0,264	0,797	-0,029	-0,131	0,051	-0,007	0,263	0,098	0,266
Item 14	0,812	0,341	0,728	0,369	0,334	0,031	-0,097	-0,059	0,265	0,666	0,202	0,243	0,730	-0,056	-0,126	-0,147	0,091	0,457	0,020	0,209
ω	0,847			0,416				0,706										0,491		
<i>Droit à l'erreur pour l'innovation</i>																				
Item 15	0,793	0,371	0,698	0,428	0,330	0,088	0,130	0,107	-0,073	0,322	0,408	0,401	0,732	-0,022	0,026	-0,015	-0,163	0,129	0,176	0,389
Item 16	0,737	0,457	0,671	0,320	0,448	-0,042	-0,021	0,063	0,140	-0,168	0,994	0,007	0,665	0,025	-0,032	0,094	0,046	-0,013	0,735	0,004
Item 17	0,810	0,343	0,743	0,285	0,367	0,208	0,143	0,086	-0,157	0,381	0,344	0,329	0,816	-0,050	-0,118	-0,110	-0,161	-0,069	0,065	0,270
ω	0,823		0,949	0,482						0,805			0,956							0,589

Note. CFA : analyse factorielle confirmatoire ; ESEM : modélisation en équation structurelle exploratoire ; BCFA : bi-facteur CFA ; BESEM : bi-facteur ESEM ; G : facteur global estimé comme faisant partie du modèle bifactoriel ; S : facteur spécifique estimé comme faisant partie du modèle bifactoriel ; λ : coefficient de saturation ; δ : unicité de l'item ; ω : coefficient omega de fiabilité composite ; les coefficients des items ciblés dans les modèles ESEM et BESEM sont inscrits en gras ; les coefficients non significatifs ($p \geq .05$) sont inscrits en italique.

Tableau 5. Corrélations entre facteur latents pour les solutions CFA et ESEM (n = 225)

CFA						
	Délé.	Resp.	Coach.	Info.	Comp.	Err.
Délégation de pouvoir	-					
Responsabilisation	0,398	-				
Coaching à l'auto-direction	0,742	0,569	-			
Partage d'informations	0,749	0,564	0,756	-		
Développement des compétences	0,723	0,369	0,817	0,863	-	
Droit à l'erreur pour l'innovation	0,745	0,483	0,857	0,748	0,883	-
ESEM						
	Délé.	Resp.	Coach.	Info.	Comp.	Err.
Délégation de pouvoir	-					
Responsabilisation	0,357	-				
Coaching à l'auto-direction	0,462	0,412	-			
Partage d'informations	0,462	0,332	0,467	-		
Développement des compétences	0,525	0,299	0,430	0,342	-	
Droit à l'erreur pour l'innovation	0,564	0,256	0,548	0,373	0,438	-
Différences entre coefficients de corrélations (ESEM - CFA)						
	Délé.	Resp.	Coach.	Info.	Comp.	Err.
Délégation de pouvoir	-					
Responsabilisation	-0,041	-				
Coaching à l'auto-direction	-0,280	-0,157	-			
Partage d'informations	-0,287	-0,232	-0,289	-		
Développement des compétences	-0,198	-0,070	-0,387	-0,521	-	
Droit à l'erreur pour l'innovation	-0,181	-0,227	-0,309	-0,375	-0,445	-

Note. CFA : analyse factorielle confirmatoire ; ESEM : modèle en équation structurelle exploratoire ; toutes les corrélations sont statistiquement significatives ($p < .01$) ; Délé. : délégation de pouvoir ; Resp. : responsabilisation ; Coach. : coaching à l'auto-direction ; Info. : partage d'informations ; Comp. : développement des compétences ; Err. : droit à l'erreur.

2.3.1.2. ESEM versus BESEM

Nous constatons globalement une bonne définition des dimensions dans la solution BESEM. Pour commencer, les items du LH présentent dans l'ensemble des coefficients de saturation élevés et significatifs sur le FG ($\lambda = 0,218-0,916$). En outre, le coefficient de fidélité omega est particulièrement élevé ($\omega = 0,956$),

témoignant d'une forte cohérence interne du FG. Les FS sont, dans l'ensemble, bien définis par leurs items dédiés ($\lambda = 0,193-0,735$). Toutefois, nous constatons que l'item 7 dédié au coaching, d'une part, et l'item 17 dédié au droit à l'erreur, d'autre part, montrent des coefficients de saturation très faibles et non significatifs sur leur FS respectif. Néanmoins, les FS coaching et droit à l'erreur demeurent correctement définis de même que les FS délégation de pouvoir, responsabilisation, partage d'informations, et développement des compétences.

En somme, (a) la solution BESEM présente un ajustement excellent et meilleur que celui des solutions ESEM, CFA et BCFA ; et (b) le FG de même que les FS sont bien définis. En outre, toutes les saturations croisées supérieures à 0,200 dans le modèle ESEM diminuent une fois que le FG a été pris en compte, suggérant l'intérêt de modéliser la co-variation entre les items avec un facteur global de LH, en plus des FS et des saturations croisées (Morin et al., 2016). Par conséquent, nous pouvons considérer que l'hypothèse 1 est validée selon les critères de Morin et ses collègues (Gillet et al., 2019 ; Morin et al., 2016 ; Tóth-Király et al., 2018), et retenir la solution BESEM du LH pour la suite des analyses.

2.3.2. Modèle prédictif

Pour rappel, le modèle prédictif intègre le modèle BESEM du LH, ainsi que l'ensemble des covariables, à savoir le stress, l'épuisement émotionnel, les affects négatifs et positifs, les conflits travail/famille, la satisfaction, la performance individuelle, et l'intention de quitter l'organisation. Toutes les covariables sont spécifiées en s'appuyant sur un modèle CFA, et régressées sur le FG et l'ensemble des FS du LH. L'ajustement du modèle prédictif est acceptable au niveau du CFI et du TLI, et excellent au niveau du RMSEA (Tableau 3 ; CFI = 0,932 ; TLI = 0,911 ; et RMSEA = 0,048). Les coefficients standardisés (β) et les erreurs standards (s.e.) estimés en régression, ainsi que les pourcentages de variance expliquée de chaque covariable (R^2) sont présentés dans le Tableau 6.

Tableau 6. Résultats des régressions multiples spécifiées dans le modèle prédictif en équation structurelle

<i>Conséquences</i>	<i>Prédicteurs</i>														<i>R</i> ²
	FS Délég.		FS Resp.		FS Coach.		FS Info.		FS Comp.		FS Err.		FG LH		
	β	<i>s.e.</i>	β	<i>s.e.</i>	β	<i>s.e.</i>	β	<i>s.e.</i>	β	<i>s.e.</i>	β	<i>s.e.</i>	β	<i>s.e.</i>	
Stress perçu	-0,015	0,108	0,120	0,108	-0,054	0,109	-0,043	0,104	0,093	0,125	0,164	0,094	-0,284	0,089**	0,136*
Affects négatifs	-0,309	0,113**	0,099	0,101	0,003	0,111	-0,033	0,097	-0,189	0,111*	0,065	0,082	-0,471	0,114**	0,368**
Epuisement émotionnel	-0,152	0,099	0,159	0,116	-0,061	0,122	-0,038	0,092	-0,124	0,117	0,074	0,083	-0,406	0,101**	0,240**
Affects positifs	0,167	0,095*	0,024	0,094	0,177	0,113*	0,095	0,095	0,048	0,120	-0,043	0,090	0,542	0,104**	0,367**
Conflits travail/famille	-0,036	0,099	0,117	0,100	-0,048	0,135	0,053	0,103	0,074	0,111	0,177	0,081*	-0,351	0,089**	0,180**
Satisfaction professionnelle	0,119	0,049	0,033	0,051	0,153	0,061	-0,058	0,044	0,164	0,063	-0,006	0,045	0,503	0,048**	0,322**
Performance individuelle	0,019	0,162	-0,063	0,164	0,150	0,200	-0,096	0,166	-0,041	0,177	-0,146	0,170	0,396	0,123**	0,216**
Intention de partir	0,007	0,282	0,104	0,271	-0,046	0,359	-0,014	0,281	-0,102	0,368	0,067	0,224	-0,454	0,244**	0,234**

Note. * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *s.e.* : erreur standard du coefficient ; β : coefficient de régression standardisé ; R^2 : pourcentage de variance expliquée ; FS : facteur spécifique ; FG : facteur global ; Délég. : délégation de pouvoir ; Resp. : responsabilisation ; Coach. : coaching à l'auto-direction ; Info : partage d'informations ; Comp. : développement des compétences ; Err. : droit à l'erreur pour l'innovation ; LH : leadership habilitant.

Tout d'abord, nous constatons que le FG LH contribue à expliquer significativement l'ensemble des covariables de santé, conformément à nos attentes (hypothèse 2). Plus précisément, il est relié négativement au stress, aux affects négatifs et à l'épuisement, et positivement aux affects positifs. Nous constatons également que le stress et l'épuisement émotionnel sont expliqués exclusivement par le FG LH. En revanche, les affects négatifs sont négativement reliés au FS développement des compétences et délégation de pouvoir indépendamment du FG LH. En outre, nous constatons que les affects positifs sont positivement reliés aux FS coaching à l'auto-direction et délégation de pouvoir.

Considérant notre question ouverte sur l'effet des FS, il apparaît que les FS délégation et responsabilisation ne montrent ni lien positif avec les issues de santé négatives, ni association négative avec les issues de santé positives. En revanche, les associations observées entre le FS délégation et les affects positifs et négatifs, traduisent un effet favorable de la délégation sur la santé, indépendamment des autres dimensions du LH. En outre, nous pouvons remarquer que les FS relatifs aux conduites de soutien n'ont pas d'effet significatif sur le stress et l'épuisement. Néanmoins, les FS développement des compétences et coaching à l'auto-direction ont respectivement des effets favorables sur les affects négatifs et les affects positifs. En d'autres termes, deux des FS relatifs aux conduites de soutien du LH montrent des effets positifs sur les issues de santé négatives et positives, alors que les autres FS relatifs aux conduites de soutien ne montrent pas d'effet significatif. Notons que le pouvoir explicatif du LH est plus important pour les affects positifs et négatifs (37% pour les deux issues) et l'épuisement émotionnel (24%) que pour le stress perçu (14%).

Concernant maintenant les conflits travail/famille, nous constatons que le FG LH contribue significativement à diminuer les conflits travail/famille, conformément à nos attentes (hypothèse 3). Considérant notre question ouverte sur l'effet des FS, nous remarquons que les FS délégation de pouvoir et responsabilisation ne contribuent pas à augmenter significativement les conflits travail/famille. En outre, nous remarquons que les FS relatifs aux conduites de soutien ne contribuent pas non plus à diminuer les conflits travail/famille. À l'inverse, nous constatons que le FS droit à l'erreur pour l'innovation contribue significativement à augmenter les conflits travail/famille. Le LH dans son ensemble permet d'expliquer 18% de la variance de cette issue.

Enfin, conformément à nos attentes (hypothèse 3), nous constatons que le FG LH contribue, d'une part, à augmenter la satisfaction professionnelle et la performance individuelle, et, d'autre part, à diminuer l'intention de partir. En somme, considérant notre question ouverte sur l'effet des FS, nous remarquons qu'aucun des FS n'est significativement relié à la satisfaction, à la performance, et à l'intention de partir. Notons enfin que le LH dans son ensemble a un effet plus important sur la satisfaction professionnelle avec 32% de variance expliquée, que sur l'intention de partir avec (23%) et la performance individuelle (22%).

2.4. Discussion et conclusion

Cette étude avait trois objectifs principaux. Le premier consistait à tester la structure bifactorielle du LH ; le deuxième à tester l'effet de la globalité et de la spécificité du LH sur la santé psychologique ; et le troisième à tester l'effet des FS et du FG sur les attitudes et les comportements au travail.

Pour commencer, les résultats obtenus sont clairement en faveur d'une structure bifactorielle du LH. La bonne définition du FG et des FS montre bien que les items du LEBQ (Konczak et al., 2000) reflètent simultanément plusieurs construits (i.e., multi-dimensionnalité), et par extension, que les six dimensions initialement proposées par Konczak et al. (2000) recouvrent en fait plusieurs réalités psychométriques et managériales. En premier lieu, ce résultat nous indique au niveau psychométrique que tous les items contribuent à la globalité du LH, envisagé comme un ensemble de conduites de délégation, de responsabilisation, de coaching, de partage d'informations, de développement des compétences et de droit à l'erreur. Au niveau managérial, ce résultat nous montre que la combinaison de l'ensemble des pratiques du LH est bien un phénomène observable au sein de notre échantillon. En outre, nos résultats indiquent que, même après avoir modélisé le FG, il demeure suffisamment de co-variation spécifique entre les items de chacune des dimensions pour retrouver des FS correctement définis. En d'autres termes, nos résultats permettent de soutenir l'existence simultanée d'un FG LH et de conduites spécifiques de délégation, de responsabilisation, de coaching, de partage d'informations, de développement des compétences et de droit à l'erreur.

La confirmation d'un facteur global est cohérente avec l'évolution récente des échelles et des modèles du LH vers des configurations plus parcimonieuses.

Nous pouvons évoquer en exemple le modèle proposé par Amundsen et Martinsen (2014). Rappelons que ce modèle propose de regrouper dans une dimension des conduites telles que la délégation de pouvoir, la responsabilisation, le coaching à l'auto-direction, l'échange d'informations, la reconnaissance des compétences et le partage d'une vision optimiste de l'avenir. En outre, la confirmation d'un facteur global est cohérente avec la littérature sur le LH qui préconise d'avoir recours à un score global (Boudrias & Bérard, 2016). Toutefois, le fait que les FS soient correctement définis une fois tenu compte du FG doit nous interroger sur les limites des opérationnalisations parcimonieuses. En effet, nous pouvons nous attendre à ce que de telles mesures permettent d'opérationnaliser exclusivement le phénomène de globalité, et finalement qu'elles ne nous fournissent qu'une vision parcellaire de la réalité du LH, en ne permettant pas de rendre compte de la spécificité de certaines pratiques. Dans ce sens, la coexistence de la globalité et de la spécificité mise en évidence dans notre étude est cohérente avec le résultat des analyses de profil latent obtenu par Chénard Poirier et al. (2017). Pour rappel, ces chercheurs ont mis en évidence (1) un phénomène de globalité caractérisé par des profils associant l'ensemble des conduites habilitantes à des niveaux équivalents (i.e., mise en œuvre équilibrée du LH), et (2) un phénomène de spécificité caractérisé par un profil associant les conduites habilitantes à des niveaux différents (i.e., mise en œuvre déséquilibrée du LH). Plus généralement, tous nos résultats montrent l'intérêt de l'analyse bifactorielle afin d'appréhender la globalité et la spécificité du LH.

Nous avons également pu constater que les items de responsabilisation contribuaient davantage à la définition du FS responsabilisation qu'à celle du FG LH. Avant toute chose, ce résultat confirme le fait que la responsabilisation est un comportement managérial relevant du LH en cohérence avec la définition princeps proposée par Conger et Kanungo (1988). En outre, précisons que la contribution plus faible dans la définition du FG LH n'est pas observée pour les items de délégation de pouvoir. Par ailleurs, nous n'avons observé aucune saturation croisée significative des items de responsabilisation sur le FS délégation et des items de délégation sur le FS responsabilisation. Ces résultats suggèrent l'intérêt de distinguer délégation et responsabilisation comme deux composantes distinctes du LH, dans le sens des travaux de Konczak et al. (2000). Pourtant, nous constatons que les autres échelles du LH ne distinguent pas les deux dimensions (Amundsen & Martinsen, 2014 ; Pearce & Sims, 2002), voire n'intègrent tout simplement pas d'item relatif à la responsabilisation

(Ahearne et al., 2005 ; Arnold et al., 2000 ; Sinclair et al., 2014). À ce stade, il nous semble tout de même important de confirmer nos résultats dans d'autres échantillons.

En outre, le FG LH a un effet favorable sur tous les indicateurs de santé psychologique retenus. Plus précisément, le FG LH est associé négativement au stress, aux affects négatifs et à l'épuisement émotionnel d'une part, et positivement aux affects positifs d'autre part. Tout d'abord, l'effet positif du FG LH sur les issues de santé psychologique positives suggère que les pratiques de LH participeraient à générer un environnement sécurisant et propice au développement des salariés, tandis que l'effet positif du FG LH sur les issues de santé psychologiques négatives suggère que les conduites de LH limiteraient les menaces auxquelles sont exposés les salariés dans leur travail et/ou contribuent à leur donner les moyens nécessaires pour y faire face. De ce point de vue, le FG LH pourrait être assimilé à une ressource professionnelle (Demerouti et al., 2001).

Ensuite, l'effet positif du FG LH sur les issues de santé psychologiques positives suggère que les conduites de LH favoriseraient l'ouverture cognitivo-comportementale et un état de repos de l'organisme (Fredrickson, 2001), propice à l'accroissement des ressources psychobiologiques des personnes (Kok et al., 2013 ; Kok & Fredrickson, 2010 ; Porges, 2007), tandis que l'effet positif du FG LH sur les issues de santé psychologique négatives suggère que les conduites de LH limiteraient le phénomène de restriction cognitivo-comportementale (Friedman & Förster, 2010 ; Hermans et al., 2014 ; Staw et al., 1981), l'état d'alerte de l'organisme et par conséquent, limiteraient la consommation des ressources psychobiologiques des individus (Bakker & Costa, 2014 ; Juster et al., 2010 ; Slavich, 2020). Pour finir, l'effet positif du FG LH sur les issues de santé psychologique positives et négatives suggère que les pratiques de LH seraient susceptibles, à terme, de diminuer le risque de maladie physique et/ou mentale liée au travail (DeSteno et al., 2013 ; Pressman et al., 2019 ; Salvagioni et al., 2017).

De manière congruente, nos analyses montrent que le FG LH est associé négativement aux ITP, conformément à notre hypothèse initiale (hypothèse 3). Considérant les mécanismes de l'émergence des ITP décrits dans le MRTM (ten Brummelhuis & Bakker, 2012), ce résultat suggère une fois de plus que le FG LH exerce l'effet d'une ressource professionnelle sur les salariés. Plus précisément, il suggère que le FG LH est susceptible de contribuer au développement des ressources personnelles sur le temps du travail, et par

conséquent, de favoriser l'investissement de la vie personnelle et le repos au domicile. Enfin, conformément à nos attentes, le FG LH est, d'une part, positivement lié à la satisfaction professionnelle (i.e., attitude) et à la performance individuelle auto-perçue (i.e., comportement), et, d'autre part, négativement lié à l'intention de partir (i.e., intention comportementale). Ce résultat est tout à fait cohérent avec la littérature qui montre des effets positifs du LH sur ces dimensions (Kim et al., 2018 ; Lee et al., 2018).

Une fois que l'effet du FG LH a été considéré, les FS n'ont généralement pas d'effet significatif. Dans le registre de la santé pour commencer, nous n'avons pas observé d'effet négatif des FS délégation et responsabilisation sur les issues de santé négatives. En revanche, le FS délégation contribue à diminuer les affects négatifs, mais aussi à augmenter les affects positifs. L'effet du FS délégation est par conséquent plus proche de celui d'une ressource professionnelle que d'une exigence relevant du défi. Pour rappel, les exigences relevant du défi impliquent la consommation des ressources du salarié pour faire face à la situation et sont par conséquent génératrices de stress et d'épuisement professionnel (Lepine et al., 2005). Néanmoins, ces exigences offrent également au salarié l'opportunité de se réaliser et de se développer dans son travail, et par conséquent, génèrent également du bien-être (Tadić et al., 2015). Les ressources professionnelles, quant à elles, sont systématiquement favorables à la santé, quel que soit le type d'issues considéré (Crawford et al., 2010 ; Tadić et al., 2015). Chénard Poirier et al. (2017) ont déjà fait état d'un tel constat dans la relation entre le LH et l'HC en montrant que la délégation est systématiquement associée à des issues positives en termes d'HC, et cela, quel que soit le niveau des autres dimensions du LH.

Toutefois, nous avons constaté que le FS délégation n'a pas d'effet positif significatif sur le stress et l'épuisement. Une simple tendance avec un risque d'erreur à 7,4% est observée dans la relation entre le FS délégation et l'épuisement ($\beta = -0,152$), tandis que le coefficient est très proche de zéro dans la relation entre le FS délégation et le stress perçu ($\beta = -0,015$). Le FG est à chaque fois le seul prédicteur significatif. À ce stade, de tels résultats mériteraient d'être confirmés dans d'autres échantillons. Une réplication est d'autant plus importante que le contexte organisationnel et culturel est susceptible de faire varier les effets du LH (Boudrias et al., 2010 ; Wong & Giessner, 2018). Or, il n'est pas exclu que notre échantillon soit culturellement favorable à l'implémentation du LH et des conduites délégatives en particulier.

En revanche, cet effet favorable sur les issues de santé n'est pas observé avec le FS responsabilisation. Rappelons que, comme pour la délégation, certains travaux suggèrent que la responsabilisation pourrait montrer un effet négatif sur les issues de santé (Cheong et al., 2016), comparable à celui des exigences professionnelles relevant du défi (Crawford et al., 2010 ; Lepine et al., 2005). Ici, les conduites responsabilisantes ne semblent pas constituer une exigence pour les salariés de notre échantillon. Pour finir, bien que les relations ne soient pas significatives entre le FS responsabilisation et la santé, nous pouvons noter que le pattern observé est très nettement différent de celui qui est observé entre le FS délégation et la santé. Ce résultat est un argument supplémentaire en faveur de la distinction factorielle entre délégation et responsabilisation au sein du LH, comme nous l'évoquions précédemment (Konczak et al., 2000).

Par ailleurs, nous observons d'une part que le FS développement des compétences contribue significativement à diminuer les affects négatifs, et d'autre part que le FS coaching à l'auto-direction contribue à augmenter les affects positifs. Par conséquent, il y a lieu de considérer le développement des compétences et le coaching à l'auto-direction comme des ressources particulièrement importantes dans notre échantillon. L'effet du FS coaching à l'auto-direction montre la valeur particulièrement importante du soutien à l'autonomisation. Getz et Carney (2013, 2016) expliquent qu'il est essentiel que le manager, lorsqu'il cherche à aider le salarié, ne cède pas à la tentation de lui donner la solution aux problèmes rencontrés. S'il le fait, il court alors le risque de déresponsabiliser l'individu quant à ses comportements, et finalement d'entraver le processus d'identification et d'internalisation de la motivation. En effet, l'aide du superviseur pourrait conduire le salarié à attribuer ses succès professionnels au soutien du superviseur plus qu'à lui-même, et finalement limiter son sentiment d'autonomie et de compétence. Or, ces cognitions sont identifiées comme des déterminants essentiels de la motivation autonome, du développement des ressources et du bien-être des individus (Deci et al., 2017 ; Ryan & Deci, 2000 ; Zhang & Bartol, 2010).

Par extension, nous pouvons considérer que le développement des compétences participe plus directement à limiter le caractère menaçant de l'environnement de travail et/ou à donner aux individus les ressources nécessaires pour faire face aux exigences professionnelles. Dans ce sens, les compétences et plus précisément l'auto-efficacité des individus est identifiée comme un facteur protecteur contre l'émergence du stress perçu et des affects

négatifs (Jerusalem & Schwarzer, 1992 ; Luszczynska et al., 2005). L'individu doté d'un fort sentiment de compétence s'estime plus capable de faire face aux situations environnementales, ce qui le conduit à davantage percevoir les exigences comme des challenges et à diminuer ses affects négatifs (Luszczynska et al., 2005). À l'inverse, la faible auto-efficacité est associée aux affects négatifs tels que la colère, l'anxiété et la dépression (Luszczynska et al., 2005). À l'appui de ces éléments empiriques, le développement des compétences du LH pourrait constituer une ressource environnementale essentielle pour l'ajustement efficace des personnes aux exigences professionnelles et par conséquent la diminution des affects négatifs. Comme nous le soulignons dans le cadre des conduites déléгатives et responsabilisantes, la différence observée dans les effets des FS coaching à l'auto-direction et développement des compétences est un argument supplémentaire en faveur de la distinction factorielle de ces deux dimensions dans l'opérationnalisation du LH et l'étude de ses effets (Konczak et al., 2000).

Nous observons également que le FS droit à l'erreur pour l'innovation contribue à augmenter les ITP. Une explication possible consiste à envisager que l'encouragement à l'innovation malgré le risque d'échec puisse constituer une exigence professionnelle pour le salarié. En effet, l'incitation du leader à proposer de nouvelles idées implique un effort du salarié afin d'identifier les problèmes, de rechercher et d'encoder des informations, de générer de nouvelles idées et de les exprimer publiquement (Cusin, 2011 ; Zhang & Bartol, 2010). Dans ce sens, Demerouti et al. (2001) définissent les exigences professionnelles comme des aspects du travail qui requièrent un effort du salarié et, en conséquence, impliquent un coût physiologique et psychologique pour l'individu. En conséquence, et en cohérence avec le MRTM (ten Brummelhuis & Bakker, 2012), l'encouragement à l'innovation pourrait contribuer à diminuer les ressources personnelles de l'individu sur le lieu de travail, et par conséquent limiter la quantité de ressources disponibles dans la vie personnelle et favoriser, *in fine*, les conflits travail/famille. Cette proposition d'explication est cohérente avec l'hypothèse de Cheong et al. (2016) sur les effets contrastés du LH. Ces auteurs suggèrent que le LH serait susceptible d'une part de favoriser le développement des individus, mais aussi de constituer une charge cognitive surajoutée aux missions de base du salarié, susceptible d'être en conflit avec les attentes de ce dernier quant à son rôle professionnel (Rizzo et al., 1970).

En somme, tout semble indiqué que le FG LH est à considérer comme une ressource professionnelle sans ambiguïté, favorable, non seulement dans le

registre attitudinal et comportemental, mais aussi concernant la santé psychologique. En revanche, les FS montrent des effets plus anecdotiques. Une première piste d'explication consiste à envisager que la part de variance expliquée par les FS soit déjà largement expliquée par le FG LH. En d'autres termes, une fois tenu compte du FG dans le modèle, les FS ne montreraient pas d'effet significatif. Une autre explication, consiste à envisager que les FS puissent avoir des effets non linéaires. En effet, des relations non linéaires ont déjà été rapportées entre le LH et la performance en particulier (Lee et al., 2018 ; Humborstad et al., 2014). Plus précisément, Humborstad et al. (2014) montrent qu'un niveau de LH intermédiaire est associé à une moindre performance que des niveaux élevés ou faibles de LH. Afin d'expliquer ce résultat, ils suggèrent que la mise en œuvre à un niveau intermédiaire des pratiques habilitantes conduit à générer de l'ambiguïté de rôles chez le salarié, qui ne sait pas s'il a véritablement le pouvoir/l'habilitation de décider des aspects de son travail. Dans une telle situation de confusion, le salarié aurait tendance à ne pas s'engager et à éprouver de la tension et de l'anxiété (Humborstad et al., 2014). Or, il convient de rappeler que nos résultats reposent sur des analyses de régression linéaire. Par conséquent, nous ne pouvons pas exclure la possibilité que la relation entre les FS et les différentes dimensions considérées soit curvilinéaire. Quoiqu'il en soit, nos résultats appuient l'intérêt de mobiliser l'ensemble des pratiques de LH afin de garantir des effets significatifs et positifs sur les attitudes, les comportements et la santé psychologique des salariés. Si nous pouvons extrapoler ces résultats et supposer un effet du FG LH sur la santé physique et mentale des individus, précisons qu'il convient de rester très prudent, puisque nous n'avons mesuré ici que les précurseurs des mécanismes psychobiologiques impliqués dans la santé (e.g., stress, affects). Pour aller plus loin, il serait intéressant d'étudier l'effet du LH, à la fois sur des médiateurs psychobiologiques plus directement impliqués dans l'émergence d'un état de maladie, et sur des issues de santé physique et mentale. De manière plus générale, le protocole d'étude transversal est un dispositif limité pour conclure sur le lien causal et le sens de la relation entre le LH et les covariables. L'étude de l'effet du LH dans un protocole longitudinal et expérimental nous fournirait un niveau de preuve plus solide. Toutefois, ces premiers résultats soutiennent la pertinence d'engager les organisations du secteur public territorial vers l'implémentation du LH.

3. ÉTUDE 2 : EFFET DU LH SUR LE STRESS PERÇU ET LES MÉCANISMES BIOLOGIQUES DE LA RÉPONSE AU STRESS

3.1. Introduction

Notre première étude témoigne d'un effet positif du LH sur les affects positifs, et d'un effet négatif sur les affects négatifs, le stress et l'épuisement émotionnel. Autrement dit, ces résultats indiquent un effet positif du LH sur la santé psychologique mais suggèrent également un effet protecteur du LH sur la santé physique. En effet, comme nous l'expliquions précédemment, les affects positifs, le stress, les affects négatifs et l'épuisement émotionnel, activent des mécanismes psychobiologiques complémentaires, susceptibles d'influencer à terme l'état de santé physique des individus (O'Connor et al., 2021 ; Pressman et al., 2019). Plus précisément, le stress, les affects négatifs et l'épuisement émotionnel sont associés à une activation du système nerveux sympathique (SNS) et de l'axe HHS (DeSteno et al., 2013 ; McEwen, 2007 ; Slavich, 2020), responsables à court terme de la mobilisation des ressources et de l'adaptation au stress, mais susceptibles à long terme de favoriser un épuisement des ressources et la décompensation vers un état de maladie (e.g., troubles cardiovasculaires, diabète, infections, cancers ; Charmandari et al., 2005 ; McEwen, 2007 ; Salvagioni et al., 2017). Les affects positifs, en revanche, sont associés à l'activation du système nerveux parasympathique (SNPS), responsable d'une mise au repos de l'organisme favorable à la récupération et au développement des ressources (Fredrickson et al., 2008 ; Porges, 2007), susceptible de protéger à terme contre les décompensations vers un état de maladie (e.g., infarctus du myocarde ; Boehm & Kubzansky, 2012). En somme, considérant l'effet favorable du LH sur la santé psychologique, il se pourrait également que le LH soit susceptible de favoriser un état de santé physique satisfaisant.

Toutefois, il convient d'être prudent. En effet, bien que les indicateurs de santé psychologique que nous avons retenus soient susceptibles de refléter l'activation de systèmes biologiques, ils ne peuvent pas être considérés en tant que tels comme des indicateurs de ces systèmes. Comme nous l'avons évoqué précédemment, les variables psychométriques déclaratives sont associées à des erreurs de mesure, en lien, par exemple, avec la désirabilité sociale et les capacités de représentation des participants (Spector, 2006 ; Warr, 2013), ou

bien encore en raison de limites méthodologiques dans le développement des outils (Amirkhan, 2012). En d'autres termes, les mesures par auto-questionnaires peuvent fournir une estimation imprécise des construits étudiés, et par conséquent rendre hasardeuse l'extrapolation des résultats en termes d'activation des mécanismes biologiques. Dans ce sens, la relation entre le stress perçu et la réponse biologique au stress, par exemple, n'est pas toujours statistiquement significative (Knowles et al., 2008 ; van Eck et al., 1996), alors que l'ensemble des modèles théoriques postulent l'existence de ce lien (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014 ; Dickerson & Kemeny, 2004 ; Het et al., 2012), et que les études expérimentales menées en laboratoire parviennent à reproduire fidèlement la réponse biologique au moyen de l'exposition à un stressor psychosocial (Dickerson & Kemeny, 2004). En somme, extrapoler l'activation des systèmes biologiques et leurs conséquences sur la santé à partir d'une observation psychométrique relève, d'une certaine manière, de la spéculation.

À l'appui de ces éléments, nous concevons l'intérêt d'étudier l'effet direct du LH sur les mécanismes biologiques de la santé. Une telle étude pourrait fournir une preuve explicite de l'effet du LH sur la santé physique des salariés. En outre, elle participerait à enrichir nos connaissances plus générales sur le lien entre management et santé physique, encore peu étudié aujourd'hui. En effet, les travaux sur la relation entre les pratiques managériales et la santé s'appuient généralement sur des mesures par auto-questionnaires (Nielsen & Taris, 2019), ce qui limite les conclusions au registre de la santé psychologique ou de l'état de santé perçu (INRS, 2016 ; Montano et al., 2017 ; Nixon et al., 2011). Pour finir, une telle étude pourrait plus généralement contribuer au domaine de recherche pluridisciplinaire émergeant sur le lien entre management et mécanismes biophysologiques (pour une revue, Nofal et al., 2018). Sur ce point, précisons que les fonctions du SNS, de l'axe HHS et du SNPS ne sont pas strictement limitées à la réponse au stress ou à la récupération (Blouet, 2013 ; Porges, 2007). L'axe HHS, par exemple, contribue également à réguler l'humeur (Het et al., 2012 ; Hoyt et al., 2016), le cycle jour-nuit, la glycémie ou encore la réponse immunitaire (Thau et al., 2020). En somme, en plus de nous indiquer l'effet du management en termes de stress ou de récupération, ces systèmes sont susceptibles d'indiquer l'influence du management sur le fonctionnement plus général de l'organisme.

Dans le cadre de ce travail de thèse en psychologie, nous proposons d'étudier le lien entre le LH et l'activation des mécanismes biologiques de la

réponse au stress, opérationnalisée par la concentration de cortisol dans la salive au réveil. Le cortisol (ou glucocorticoïde) est une hormone stéroïdienne sécrétée par les glandes surrénales, plus précisément par la zone périphérique dite corticosurrénale. La synthèse et la sécrétion de cortisol sont sous contrôle de l'hypothalamus et de l'hypophyse via l'hormone adrénocorticotrophine (ACTH ; Kirschbaum & Hellhammer, 2000). Sur le plan physiologique, le cortisol a une action généralisée sur l'organisme visant notamment à mobiliser les ressources en énergie (Herman, 2018). L'un des mécanismes sous-jacents consiste en la diminution de la sécrétion d'insuline et l'augmentation de la sécrétion de glucagon par le pancréas, contribuant ainsi à augmenter la quantité de glucose circulant dans le sang (Thau et al., 2020). Sous contrôle de l'hypothalamus (où se situe notre horloge interne centrale), la sécrétion varie selon un rythme jour/nuit (i.e., selon un rythme nyctéméral), afin de réguler la disponibilité des ressources en fonction des besoins de l'organisme (Chan & Debono, 2010 ; Krieger et al., 1971). Plus précisément, nous observons généralement un pic de sécrétion suite au réveil, lorsque l'individu doit disposer d'énergie, et à l'inverse, une diminution le soir, lorsque l'organisme doit entrer dans une phase de repos (Krieger et al., 1971).

Comme nous l'avons déjà évoqué, lorsque l'organisme perçoit une menace, l'axe HHS est activé et sécrète du cortisol, ceci afin de fournir à l'organisme l'énergie dont il a besoin pour s'adapter plus durablement (Thau et al., 2020). Nous observons alors une augmentation des niveaux de cortisol sécrétés sur l'ensemble de la journée (Lee et al., 2015). Outre la mobilisation de l'énergie, des travaux récents suggèrent que la sécrétion de cortisol contribuerait également à diminuer le niveau d'activation émotionnelle, ceci afin de prévenir le risque de surcharge émotionnelle chez un individu stressé et de favoriser une meilleure adaptation cognitive et comportementale (Het et al., 2012 ; Hoyt et al., 2016). Comme nous l'avons déjà expliqué, si la situation de stress est amenée à se prolonger, elle peut favoriser, à terme, la décompensation vers un état de maladie (Adam et al., 2017 ; Charmandari et al., 2005 ; Juster et al., 2010 ; McEwen, 2007). Pour ces raisons, le cortisol peut à la fois être considéré comme un indicateur biochimique de stress et un facteur pré-morbide (Lee et al., 2015).

Dans cette étude, nous poursuivrons une série de trois objectifs : (1) confirmer la structure bifactorielle du LH, (2) tester à nouveau l'effet du LH sur le stress perçu, et (3) tester l'effet du LH sur le cortisol salivaire au réveil, au travers de son influence sur le stress perçu.

3.1.1. Objectif 1 – Confirmation de la structure bifactorielle du LH

Le premier objectif de cette étude consiste à tester à nouveau la structure bifactorielle du LH. À notre connaissance, aucune étude n'avait validé auparavant un modèle bifactoriel du LH. Par conséquent, il semble primordial de confirmer les résultats que nous avons observés dans la première étude dans de nouvelles recherches. De plus, nous concevons l'intérêt de tester ce modèle bifactoriel dans un échantillon issu d'une autre population professionnelle, afin de confirmer le caractère généralisable de celui-ci à d'autres secteurs d'activité que la fonction publique territoriale. Ici, nous nous intéresserons à la population des travailleurs hospitaliers français.

Hypothèse 1. Le modèle du LH estimé à partir du questionnaire de Konczak et al. (2000) présentera les meilleurs indices d'ajustement dans le cadre d'un modèle bifactoriel s'appuyant sur un FG LH et six FS « délégation de pouvoir », « responsabilisation », « coaching à l'auto-direction », « partage d'informations », « développement des compétences » et « droit à l'erreur pour l'innovation ».

3.1.2. Objectif 2 – Étude du lien entre le LH et le stress perçu

Le deuxième objectif de cette étude consiste à investiguer à nouveau le lien entre le LH et le stress perçu. Dans notre première étude, nous avons montré que le FG LH était négativement relié au stress perçu. Les FS du LH ne montraient, en revanche, aucun effet significatif. Ces premiers résultats semblent indiquer un effet protecteur et sans ambiguïté des pratiques habilitantes contre le stress perçu des salariés. Envisagés dans le cadre du MCR (Bakker & Demerouti, 2014), ils suggèrent que l'ensemble des pratiques de LH exerce l'effet d'une ressource professionnelle sur les salariés, susceptible de favoriser un ajustement efficace aux exigences professionnelles. Néanmoins, rappelons que ces résultats ne sont pas en accord avec certains travaux qui suggèrent des effets contrastés du LH sur le stress. Cheong et al. (2016) ont, par exemple, montré que le LH est susceptible à la fois d'augmenter la performance des salariés par le biais d'une augmentation du sentiment d'auto-efficacité, et de diminuer la performance des individus en raison d'une augmentation des tensions ressenties au travail. En d'autres termes, le LH pourrait également contribuer à augmenter les exigences professionnelles vécues par les salariés. Dans ce sens, bien que nos résultats ne montrent pas de lien positif entre les FS du LH et le stress perçu, ils témoignent

d'une relation positive entre le FS droit à l'erreur pour l'innovation et les ITP, connues pour être associées aux exigences professionnelles et au stress (Demerouti et al., 2004 ; ten Brummelhuis & Bakker, 2012).

À l'appui de ces éléments, il nous semble important de rester prudent quant aux résultats que nous avons observés dans notre première étude sur la relation entre le LH et le stress perçu. En effet, il n'est pas exclu que l'absence d'effet négatif du LH soit lié à un biais d'échantillonnage, d'autant plus que l'échantillon de notre première étude était de taille modeste. En conséquence, nous concevons l'intérêt de tester la relation entre le LH et le stress perçu en mobilisant un nouvel échantillon. Sur la base de nos premiers résultats, nous faisons l'hypothèse que le FG LH serait négativement relié au stress perçu. En revanche, nous laissons une nouvelle fois une question ouverte quant à l'effet des FS du LH sur le stress perçu.

Hypothèse 2. Le FG LH sera négativement relié au stress perçu.

3.1.3. Objectif 3 – Étude du lien entre le LH et les mécanismes biologiques de la réponse au stress

Considérant les limites des mesures auto-rapportées que nous avons évoquées en introduction, mais aussi la discussion actuelle sur les effets contrastés du LH en général (Lorinkova & Perry, 2017 ; Sharma & Kirkman, 2015 ; Wong & Giessner, 2018 ; Humborstad et al., 2014) et plus précisément sur le stress (Cheong et al., 2016), il nous semble particulièrement intéressant de compléter l'étude de l'effet du LH sur le stress perçu par l'étude de l'effet du LH sur l'activation des mécanismes biologiques de la réponse au stress. Dans cette étude, nous avons retenu la concentration en cortisol salivaire⁹ au réveil comme indicateur de la réponse biologique au stress. Comme nous l'avons déjà

⁹ Le cortisol (sous sa forme libre et active) traverse de manière passive les parois cellulaires en raison de sa nature lipidique (i.e., le cortisol est synthétisé à partir du cholestérol ; Takai et al., 2004 ; Thau et al., 2020) et de son faible poids moléculaire (Kirschbaum & Hellhammer, 2000). Par conséquent, la concentration en cortisol dans les fluides corporels tels que la salive reflète très bien le niveau sanguin, avec un niveau de corrélation supérieur à 0,90 (Kirschbaum & Hellhammer, 2000). En outre, l'équilibre des concentrations en cortisol entre la salive et le sang est très rapide, avec plus ou moins cinq minutes de décalage (Kirschbaum & Hellhammer, 1994 ; Vining et al., 1983). De plus, le prélèvement salivaire est non invasif ce qui limite le risque de générer du stress chez le participant et de biaiser la mesure (Vining et al., 1983). Pour toutes ces raisons, plusieurs auteurs recommandent de préférer la mesure du cortisol salivaire au dosage du cortisol sanguin pour évaluer la fonction corticosurrénale et le stress (Kirschbaum & Hellhammer, 1994 ; Vining et al., 1983).

rapporté, un pic de sécrétion de cortisol est observé suite au réveil le matin. En outre, la littérature témoigne d'une élévation du pic de sécrétion chez les individus rapportant un stress aigu ou un stress chronique (Pruessner et al., 2003). La concentration de cortisol suite au réveil apparait donc comme une mesure pertinente de l'activation des mécanismes biologiques de la réponse au stress, susceptible de refléter l'exposition à des stressseurs à la fois aigus et chroniques (Herr et al., 2019 ; Pruessner et al., 2003).

À l'appui des résultats de notre première étude, qui suggèrent que les conduites de LH exercent l'effet d'une ressource professionnelle sur le stress perçu, nous postulons que le FG LH sera négativement relié à la concentration de cortisol salivaire au réveil. En outre, la littérature est consensuelle sur le fait que l'environnement induit la réponse biologique au stress suite à la perception d'une menace (Dickerson & Kemeny, 2004 ; Hobfoll, 1989 ; Lazarus & Folkman, 1984 ; McEwen, 2007 ; Slavich, 2020). Ce sont donc bien les mécanismes cognitifs de perception (Lazarus & Folkman, 1984), et le cerveau (McEwen, 2007), qui déclenchent la réponse biologique au stress (Slavich, 2020), et non directement les propriétés de l'environnement. Le modèle transactionnel du stress va plus loin dans la caractérisation des mécanismes cognitifs mobilisés (Biggs et al., 2017 ; Dewe, 2017). Il indique que l'individu évalue à la fois le caractère menaçant de l'environnement et les ressources dont celui-ci dispose pour y faire face, et que c'est le déséquilibre perçu entre le niveau de menace et la capacité à s'adapter qui constitue le stress perçu, et déclenche la réponse biologique (Biggs et al., 2017 ; Lazarus, 1974, 1993). En d'autres termes, les ressources sont susceptibles de contrebalancer la perception des exigences environnementales, et par conséquent, de diminuer la réponse biologique au stress par le biais d'une diminution du niveau de stress perçu. À l'appui de ces éléments, nous faisons l'hypothèse que l'effet positif du FG LH sur le cortisol salivaire sera médié par la diminution du stress perçu. Pour finir, nous laissons une question ouverte quant à l'effet des FS du LH sur la concentration de cortisol salivaire au réveil.

Hypothèse 3. Le FG LH sera négativement relié à la concentration de cortisol salivaire au réveil.

Hypothèse 4. L'effet du FG LH sur la concentration de cortisol salivaire au réveil sera médié par le stress perçu.

3.2. Méthode

3.2.1. Contexte

L'étude a été réalisée dans le cadre du projet de recherche « Allostatic Load Of Empowerment » (ALOE) mené dans un CHU français. Ce projet vise à étudier l'effet de l'habilitation sur un panel d'indicateurs biologiques du stress. Il est le fruit d'une collaboration pluridisciplinaire associant des chercheurs en biologie, en psychologie du travail, en médecine du travail et en santé publique. Plus précisément, ALOE est une étude ancillaire du projet de recherche PREPS Chrysalide (Cougot et al., 2019)¹⁰. L'échantillon que nous allons présenter ci-dessous est constitué des participants au protocole PREPS Chrysalide, qui ont également accepté de participer au projet ALOE. Précisons que les données psychométriques proviennent du PREPS Chrysalide, tandis que les données biométriques sont issues d'ALOE. Trois recueils de données sont prévus dans les protocoles du PREPS Chrysalide et d'ALOE. Les données qui seront présentées dans cette étude de la thèse sont issues du premier recueil réalisé en 2018.

Le recueil de données s'est déroulé dans le service de santé au travail d'un CHU français. Pendant quatre mois, les salariés de deux pôles hospitaliers ont été invités à se présenter à leur visite médicale règlementaire. Lors de leur passage dans le service, les professionnels étaient accueillis physiquement par un infirmier de recherche clinique qui procédait à l'inclusion dans l'étude Chrysalide selon les critères suivants :

- (1) Tout professionnel travaillant dans un service de soins, quelle que soit sa profession (e.g., médecin, infirmier, aide-soignant, technicien, secrétaire)
- (2) Consentement éclairé écrit des professionnels pour participer à la recherche Chrysalide.

En cas de refus de participer, le professionnel était accompagné en salle d'attente et patientait jusqu'à la rencontre avec le médecin pour la visite règlementaire non standardisée (i.e., sans recueil standardisé des indicateurs cliniques de la recherche). Le professionnel ayant accepté de participer était invité à compléter un questionnaire sur tablette en salle d'attente en attendant sa

¹⁰ Dans ce cadre, ALOE (1) est financé sur le budget du PREPS Chrysalide, (2) bénéficie d'un avis favorable du Groupe Nantais d'Éthique dans le Domaine de la Santé avec le numéro de référence GNEDS02122018, et (3) est enregistré dans le registre ClinicalTrials.gov avec le numéro de référence NCT04010773.

visite médicale (40 minutes en moyenne). Le questionnaire permettait, entre autres, de mesurer le LH et le stress perçu. Le participant était ensuite reçu en visite par le médecin du travail pour une durée de 35 minutes. À l'issue de la visite médicale, le médecin procédait à l'inclusion du participant dans l'étude ALOE selon les critères suivants :

- (1) Absence de retentissement fonctionnel dans le service si le professionnel prolonge sa visite pour participer à l'étude ALOE
- (2) Travail exclusivement de jour
- (3) Pas de grossesse en cours
- (4) Consentement éclairé écrit des professionnels pour participer à la recherche ALOE.

3.2.2. Participants et procédure de recueil du cortisol salivaire

Le professionnel ayant accepté de participer à la recherche ALOE était reçu par un deuxième infirmier de recherche clinique qui procédait à une série de prélèvements sanguins. Ces prélèvements servaient à recueillir un ensemble d'indicateurs biologiques du stress, non exploités dans le cadre de cette thèse. L'infirmier expliquait ensuite les consignes relatives à l'auto-prélèvement salivaire servant pour le dosage du cortisol. Il était demandé au participant de réaliser le prélèvement entre deux journées travaillées, ceci afin de s'assurer que le cortisol puisse être le reflet à la fois de l'exposition récente au travail et de l'anticipation de l'exposition au travail (Kunz-Ebrecht et al., 2004 ; Nicolson, 2008). En outre, le participant devait éviter de réaliser le prélèvement après un événement stressant intense, ceci afin de s'assurer que le cortisol salivaire soit le reflet de l'exposition chronique au travail et non d'un événement isolé (O'Connor et al., 2021 ; Pruessner et al., 2003). Le participant devait également éviter de réaliser le prélèvement au lendemain d'une activité sportive intense et/ou inhabituelle. En effet, la pratique d'un sport ou un effort physique important contribuent à augmenter la sécrétion de cortisol, lorsque l'individu dépasse 70% de sa consommation maximale d'oxygène (VO₂max ; Kirschbaum & Hellhammer, 1994). En cas de traitement avec des corticoïdes, il était demandé au participant, si possible, de ne pas prendre le traitement dans les 24 heures précédant le recueil. En effet, la prise de corticoïdes la veille est susceptible de diminuer le pic de sécrétion de cortisol au réveil (Pruessner et al., 1999). Le recueil devait être réalisé le matin, 15 minutes après le lever, sans

brossage de dent, et à jeun, c'est-à-dire sans avoir ni mangé, ni bu, ni fumé. En effet, la consommation d'un jus de fruit, par exemple, est susceptible de modifier le potentiel hydrogène (PH) de la salive et de conduire à une mesure de cortisol faussement élevée (Kirschbaum & Hellhammer, 2000), de même que la consommation de tabac est susceptible d'augmenter le taux de cortisol (Kirschbaum & Hellhammer, 1994). L'infirmier expliquait ensuite la méthode de recueil de salive au moyen d'une salivette. La démarche consiste à imbiber de la salive sur un tampon en le faisant circuler dans la bouche, jusqu'à ce qu'il ne soit plus possible de s'empêcher d'avaler la salive, puis à disposer le tampon dans un récipient prévu à cet effet. Deux fiches de rappel des consignes étaient délivrées aux participants, l'une sur la méthode de recueil de la salive en tant que telle (annexe 1), et l'autre sur les conditions du recueil (annexe 2). L'infirmier encourageait les participants à rappeler le service à la moindre interrogation en composant l'un des numéros inscrits sur l'une des fiches de rappel.

Chaque participant rapportait son prélèvement au service de santé au travail, qui se chargeait ensuite de l'envoyer au laboratoire du CHU. À ce titre, précisons que le cortisol salivaire est stable à température ambiante au moins quatre semaines (Kirschbaum & Hellhammer, 1994, 2000). Les échantillons étaient néanmoins congelés à -20°C par le laboratoire (après avoir été préalablement centrifugés à 2000 grammes pendant 10 minutes), ceci afin d'autoriser une analyse plus tardive des prélèvements. Le cortisol était dosé dans la salive en utilisant le test salivaire « Liquid chromatography-tandem mass spectrometry » (LC-MSMS ; Mezzullo et al., 2016), après extraction liquide-liquide du cortisol avec du dichlorométhane (i.e., extraction par solvant ; Dziurkowska & Wesolowski, 2009). Les résultats des analyses étaient ensuite envoyés au service de santé au travail pour contrôle médical. Les participants présentant un score de cortisol important étaient recontactés par le médecin du travail pour orientation vers le médecin généraliste et investigation du risque de syndrome de Cushing¹¹. Parmi l'ensemble des participants ayant témoigné d'un

¹¹ Le syndrome de Cushing est caractérisé par un ensemble de symptômes résultant d'une hypercortisolémie chronique, tels que la prise de poids (surtout sur la face et le tronc), l'obésité, l'hirsutisme, l'acné, l'hypertension et la fatigue ou la faiblesse (Bista & Beck, 2014 ; Guaraldi & Salvatori, 2012). La surexposition au glucocorticoïde peut être d'origine externe, en lien avec la prise d'un traitement à base de cortisone, ou d'origine interne, en lien avec une tumeur par exemple (Guaraldi & Salvatori, 2012). Lorsque l'étiologie est interne, le diagnostic de la maladie est souvent tardif, parce que les symptômes ne sont pas spécifiques de la pathologie (Guaraldi & Salvatori, 2012).

niveau élevé de cortisol, aucun n'a été diagnostiqué positif au syndrome de Cushing.

Nous avons pu constituer un échantillon de 397 participants (Tableau 7), âgés entre 19 et 69 ans ($M = 40,37$; $ET = 10,57$). L'ancienneté moyenne dans l'organisation est de 13,71 ans ($ET = 9,81$). Près de 80% de l'échantillon est constitué de femmes. Les métiers les plus représentés sont les IDE, les AS et les médecins, qui reflètent respectivement 36,3%, 22,2% et 21,9% de l'échantillon. La plupart des participants travaillent à temps plein (71,5%), avec 28,5% de l'échantillon travaillant à temps partiel.

Tableau 7. Description de l'échantillon des participants au projet ALOE (n = 397)

	<i>n</i>	%
Corticothérapie		
NA	13	3,3
Oui	14	3,5
Non	370	93,2
Sexe		
Homme	77	19,4
Femme	320	80,6
Profession		
IDE	144	36,3
AS	88	22,2
Médecin	87	21,9
Secrétaire	26	6,5
ASH	13	3,3
Cadre	19	4,8
Chef de service	5	1,3
Autres	15	3,8
Temps de travail		
Temps plein	284	71,5
Temps partiel	113	28,5

Note. n : effectif ; % : pourcentage ; NA : non attribuable ; AS : aide-soignant ; IDE : infirmier diplômé d'état ; ASH : agent de service hospitalier.

3.2.3. Mesures psychométriques exploitées dans cette étude

3.2.3.1. *Le LH*

Le LH était mesuré avec l'échelle LEBQ de Konczak et al. (2000). Nous avons utilisé la même version française que dans l'Étude 1. L'échelle est composée de 17 items contribuant à mesurer six dimensions (Tableau 2).

3.2.3.2. *Le stress perçu*

Comme dans notre première étude, le stress perçu était mesuré au moyen de la version en quatre items de l'échelle de Cohen et al. (1983), validée en français par Lesage et al. (2012).

3.2.3.3. *Les variables contrôles*

Nous avons également recueilli des informations sur l'unité fonctionnelle d'appartenance, l'âge, le sexe, le métier, l'ancienneté au sein du CHU, le temps de travail (temps plein versus temps partiel), mais aussi la prise d'un traitement avec des corticoïdes.

3.2.4. Analyses

3.2.4.1. *Modélisation du LH*

Pour commencer, nous avons testé la structure bifactorielle du LH. Toutes les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel *Mplus* 8.3 (Muthén & Muthén, 2017). Les modèles étaient estimés au moyen de l'estimateur du maximum de vraisemblance avec le MLR. Nous avons employé la même stratégie d'analyses que dans notre première étude en nous appuyant sur les travaux de Morin et ses collègues (Gillet et al., 2019 ; Morin et al., 2016 ; Tóth-Király et al., 2018). Plus précisément, nous avons estimé quatre modèles distincts du LH : (1) un modèle CFA avec six facteurs corrélés entre eux et définis par leurs items respectifs (i.e., modèle de Konczak et al., 2000) ; (2) un modèle ESEM avec toujours les mêmes six facteurs corrélés, mais en envisageant que les items puissent simultanément définir plusieurs dimensions ; (3) un modèle BCFA avec sept facteurs indépendants : six FS définis par leurs items spécifiques et un FG défini

par l'ensemble des items du LH ; et (4) un modèle BESEM reprenant la même structure que le modèle BCFA, mais en envisageant que les items puissent également contribuer à définir les autres FS, et non plus seulement leurs FS dédiés et le FG (Figure 15). La meilleure solution factorielle du LH a ensuite été retenue pour estimer le modèle de mesure complet intégrant le LH et le stress perçu.

3.2.4.2. *Etude de l'effet du LH sur le stress perçu et le cortisol*

3.2.4.2.1. La méthode de l'imputation multiple

Parmi les 397 participants à l'étude ALOE, 110 personnes n'ont pas rapporté leur échantillon de salive malgré plusieurs rappels téléphoniques. Cela représente près de 28% de données manquantes sur le critère biologique. Au lieu d'exclure de l'analyse les participants présentant des données manquantes, la littérature en statistiques et en psychologie recommande d'employer des méthodes d'imputation des données manquantes (Buuren, 2018 ; Graham, 2009). En effet, les données manquantes sur un critère donné peuvent ne pas être le fruit du hasard, mais le résultat de l'effet d'autres facteurs, voire du critère d'intérêt lui-même (Graham, 2009). Nous pouvons imaginer, par exemple, que les participants stressés par le style de management de leur supérieur puissent ne pas trouver la disponibilité ou s'autoriser à procéder au prélèvement et à le rapporter dans le service. À l'inverse, nous pouvons aussi imaginer que les participants stressés par le management de leur supérieur se sentent plus concernés par l'étude et rapportent davantage leur échantillon.

Deux méthodes sont recommandées, l'imputation multiple et la méthode du maximum de vraisemblance à information complète (FIML ; Graham, 2009). Toutes deux produisent des résultats équivalents (Enders & Bandalos, 2001 ; Graham et al., 2007 ; Larsen, 2011). Dans le cadre de cette deuxième étude, nous avons utilisé l'imputation multiple. L'un des avantages de cette méthode est qu'elle permet de prendre en compte des variables auxiliaires, et non plus seulement les variables mobilisées dans la recherche lors de l'estimation des données manquantes. Cette démarche permet d'améliorer la qualité de l'imputation (en augmentant les chances d'intégrer des facteurs responsables de l'absence de données), sans pour autant alourdir le modèle estimé par la suite (Collins et al., 2001 ; Zhiyong Zhang et al., 2015). L'imputation multiple est une extension de l'imputation par régression stochastique (Buuren, 2018). Cette dernière consiste à régresser la variable à imputer sur l'ensemble des autres

variables de la base de données (Collins et al., 2001), puis à compléter les valeurs manquantes par les valeurs prédites par le modèle, tout en ajoutant un bruit aléatoire (Buuren, 2018). Autrement dit, les valeurs complétées ne correspondent pas tout à fait à la prédiction du modèle de régression. Cette dernière étape permet de simuler les résidus habituellement observés, et évite le risque d'augmenter artificiellement la relation entre les variables (Buuren, 2018). Le fichier de données complété peut ensuite être utilisé par le chercheur pour tester les hypothèses de la recherche.

L'imputation multiple permet d'améliorer encore la simulation de la variance d'erreur. Elle consiste (1) à générer « m » bases de données avec imputation par régression stochastique, puis (2) à estimer le modèle à tester dans chacune des « m » bases de données, et enfin, (3) à combiner les « m » paramètres estimés (dans chacun des « m » modèles) dans une seule estimation (Buuren, 2018 ; Graham, 2009), comme cela est fait dans les méta-analyses. En d'autres termes, l'imputation multiple (avec analyse combinée) permet d'estimer la valeur moyenne des coefficients et des probabilités d'erreur du modèle que nous souhaitons tester, à partir de l'ensemble des « m » bases de données générées avec imputation par régression stochastique.

3.2.4.2.2. Éléments généraux sur les modèles estimés

Considérant le nombre important de données manquantes, l'ensemble des analyses statistiques explorant les liens entre le LH, le stress perçu et le cortisol a été réalisé avec la méthode de l'imputation multiple. Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel R avec le package « mice » (Buuren & Groothuis-Oudshoorn, 2010 ; Zhang, 2016). Schafer et Olsen (1998) montrent que l'imputation multiple avec génération de trois à cinq bases de données est suffisante pour obtenir des résultats très proches de ceux qui sont observés avec les données réelles. Néanmoins, Graham et al. (2007) recommandent (à l'appui d'une étude de simulation Monte Carlo) de mener l'analyse combinée sur un nombre plus important de bases de données imputées, fonction du pourcentage de données manquantes. Suivant leurs recommandations, avec près de 30% de données manquantes, nous devrions mener l'analyse avec un minimum de 10 bases de données. Plus généralement, Buuren (2018) retient que la plupart des travaux récents convergent sur l'intérêt de conduire les analyses sur un minimum de 20 bases de données pour s'assurer un résultat de qualité. Dans le cadre de cette étude, nous avons réalisé les analyses avec 20 bases de données

imputées. Avant de procéder aux analyses combinées, nous avons comparé graphiquement l'allure des 20 distributions imputées du cortisol avec la distribution du cortisol observé, afin de nous assurer de leur similarité et de l'absence d'imputations aberrantes (e.g., valeurs négatives), conformément aux recommandations (Buuren, 2018).

Les imputations et analyses combinées ont été conduites sur la base des scores factoriels standardisés (moyenne = 0, écart-type = 1) extraits du modèle de mesure complet intégrant le LH et le stress perçu. Les scores factoriels permettent d'avoir une estimation plus juste des niveaux individuels comparativement à la moyenne ou à la somme des items représentant chacune des dimensions. En effet, cette méthode permet de bénéficier de l'estimation réalisée à partir de l'analyse factorielle, et de tenir compte du caractère multidimensionnel et de l'erreur de mesure des items, tout en conservant la structure factorielle (Gillet et al., 2020 ; Morin, Meyer et al., 2016 ; Skrondal & Laake, 2001).

L'ensemble des modèles estimés avec imputation multiple a été ajusté sur les variables sociodémographiques contrôlées (i.e., âge, sexe, métier, temps de travail, et ancienneté dans l'organisation). Les modèles explicatifs du cortisol ont, de plus, été ajustés sur la prise d'un traitement à base de corticoïdes. Pour chaque modèle, nous avons renseigné le pourcentage de variance expliquée (R^2), les coefficients de régression, ainsi que la probabilité d'erreur dans le rejet de l'hypothèse nulle associée à chaque coefficient de régression.

3.2.4.2.3. Étude de l'effet du LH

Nous avons réalisé une série de modèles en imputation multiple (avec analyse combinée) afin d'investiguer (1) l'effet du LH sur le stress perçu, (2) l'effet du LH sur le cortisol, et (3) l'effet médiateur du stress perçu dans la relation entre le LH et le cortisol. Pour commencer, nous avons estimé deux modèles explicatifs du stress perçu : Msp0, avec les variables contrôles uniquement, et Msp1 avec en plus le FG et les six FS du LH en variables explicatives. Msp1 nous permet d'investiguer l'effet du LH sur le stress perçu. La comparaison des R^2 de Msp1 et Msp0 nous indique la part de variance du stress perçu expliquée par le LH, indépendamment des variables contrôles. Ensuite, nous avons estimé une série de modèles explicatifs du cortisol : Mc0, avec les variables contrôles uniquement, Mc1 avec le stress perçu, Mc2 avec le FG et les six FS du LH, et Mc3 avec le stress perçu, le FG LH et les six FS du LH. Mc1 nous indique

l'effet du stress perçu sur le cortisol salivaire. Mc2 nous indique quant à lui l'effet du LH sur le cortisol. La comparaison des R^2 de Mc1 et Mc2 avec le R^2 de Mc0 nous indiquent la part de la variation du cortisol expliquée respectivement par le stress perçu et le LH, indépendamment des variables contrôles.

Suivant les critères de Baron et Kenny (1986), nous pouvons conclure à un effet médiateur du stress perçu à condition : (1) que le LH témoigne d'un effet significatif sur le stress perçu et le cortisol (i.e., avec Msp1 et Mc2), (2) que le stress perçu témoigne d'un effet significatif sur le cortisol (i.e., avec Mc1 et Mc3), et (3) que l'introduction du stress perçu dans l'explication du cortisol contribue à diminuer la valeur du coefficient de régression du LH dans l'explication du cortisol (i.e., Mc3 en comparaison avec Mc2).

3.3. Résultats

3.3.1. Confirmation de la structure BESEM du LH

Les indices d'ajustement des quatre modèles estimés sont présentés dans le Tableau 8. Les saturations factorielles standardisées des items (λ), la variance résiduelle des items (δ) et la fidélité des dimensions sont présentées dans le Tableau 9 pour les quatre modèles du LH. Les coefficients de corrélation entre les facteurs latents pour les configurations CFA et ESEM, ainsi que la différence entre les coefficients, sont présentés dans le Tableau 10.

Tableau 8. Indicateurs d'ajustement des modèles de mesure du LH (n = 397)

Description	χ^2 (ddl)	CFI	TLI	RMSEA	90% IC
CFA	316.244 (104)*	0,915	0,889	0,072	[0,063 ; 0,081]
BCFA	249.763 (102)*	0,941	0,922	0,060	[0,051 ; 0,070]
ESEM	79.874 (49)*	0,988	0,966	0,040	[0,023 ; 0,055]
BESEM	51.744 (38)*	0,995	0,980	0,030	[0,000 ; 0,049]

Note. * $p < 0,01$; CFA : analyse factorielle confirmatoire ; ESEM : modèle en équation structurelle exploratoire ; BCFA : bi-facteur CFA ; BESEM : bi-facteur ESEM ; χ^2 : test du Khi^2 d'ajustement ; ddl : degrés de liberté ; CFI : comparative fit index ; TLI : Tucker-Lewis index ; RMSEA : root mean square error of approximation ; 90% IC : intervalle de confiance à 90% pour le RMSEA.

Nous constatons en premier lieu que les quatre modèles du LH présentent un ajustement satisfaisant sur l'ensemble des indicateurs, à l'exception de la solution CFA qui présente un TLI égal à 0,889. Nous pouvons également constater que le modèle BESEM présente le meilleur ajustement aux données sur tous les indices. Comme dans notre première étude, nous avons ici un premier argument en faveur du modèle BESEM dans cet échantillon.

3.3.1.1. CFA versus ESEM

Tout d'abord, le modèle ESEM témoigne d'un meilleur ajustement aux données que le modèle CFA. Les dimensions du LH sont correctement définies par les items dédiés, aussi bien dans le modèle CFA que dans le modèle ESEM, avec des coefficients de saturation compris entre 0,360 et 0,902 dans le modèle CFA, et entre 0,289 et 0,949 dans le modèle ESEM. Concernant plus particulièrement la configuration ESEM, précisons que nous observons de nombreuses saturations croisées, qui demeurent systématiquement inférieures aux coefficients de saturation des items dédiés aux dimensions ($\lambda = 0,003-0,287$). Pour finir, nous constatons que les corrélations entre facteurs diminuent dans le modèle ESEM comparativement au modèle CFA. L'ensemble de ces éléments témoignent de la supériorité de la configuration ESEM par rapport à la configuration CFA.

Tableau 9. Modèles CFA, BCFA, ESEM et BESEM du leadership habilitant (n = 397)

Items	CFA		BCFA			ESEM					BESEM										
	λ	δ	$G-\lambda$	$S-\lambda$	δ	λ	λ	A	λ	λ	λ	δ	$G-\lambda$	$S-\lambda$	$S-\lambda$	$S-\lambda$	$S-\lambda$	$S-\lambda$	$S-\lambda$	$S-\lambda$	δ
Délégation de pouvoir																					
Item 1	0,895	0,199	0,715	0,523	0,215	0,845	-0,052	0,050	0,022	0,030	0,023	0,210	0,706	0,476	0,011	0,018	-0,008	0,011	0,046	0,272	
Item 2	0,914	0,165	0,708	0,623	0,111	0,949	-0,035	0,033	0,057	-0,009	-0,065	0,116	0,702	0,708	0,013	0,026	0,009	-0,016	-0,033	0,004	
Item 3	0,691	0,523	0,692	0,202	0,480	0,337	0,322	-0,013	0,090	-0,008	0,287	0,410	0,671	0,214	0,247	-0,031	0,028	-0,060	0,152	0,414	
ω	0,876			0,693		0,861									0,739						
Responsabilisation																					
Item 4	0,901	0,188	0,538	0,590	0,363	0,133	0,677	0,032	0,094	0,018	0,021	0,342	0,486	0,129	0,627	0,118	0,103	-0,027	0,116	0,315	
Item 5	0,641	0,590	0,337	0,665	0,445	0,009	0,748	-0,010	-0,083	0,053	0,042	0,449	0,376	-0,005	0,682	-0,005	-0,139	-0,048	-0,172	0,342	
Item 6	0,360	0,870	0,057	0,485	0,761	-0,136	0,445	0,177	0,038	0,014	-0,218	0,727	0,053	-0,024	0,427	0,250	0,063	-0,004	-0,111	0,736	
ω	0,687			0,659			0,697								0,684						
Coaching à l'auto-direction																					
Item 7	0,654	0,572	0,649	0,161	0,553	0,097	0,030	0,300	0,132	-0,038	0,356	0,536	0,735	-0,084	-0,050	0,073	-0,116	-0,151	-0,128	0,392	
Item 8	0,612	0,625	0,373	0,589	0,513	0,165	0,189	0,633	-0,088	-0,052	-0,158	0,467	0,357	0,133	0,273	0,592	-0,020	-0,060	-0,008	0,425	
Item 9	0,809	0,345	0,609	0,590	0,281	-0,069	-0,041	0,871	0,042	0,043	0,091	0,195	0,622	-0,089	0,033	0,595	0,000	-0,001	0,010	0,250	
ω	0,736			0,571				0,731								0,598					
Partage d'informations																					
Item 10	0,902	0,187	0,757	0,329	0,319	0,125	0,029	0,069	0,626	0,124	0,012	0,299	0,720	0,059	0,019	0,021	0,408	0,106	-0,012	0,300	
Item 11	0,824	0,321	0,695	0,669	0,069	0,028	-0,004	-0,030	0,911	0,032	-0,030	0,160	0,687	-0,026	-0,019	-0,049	0,598	0,067	-0,060	0,159	
ω	0,854			0,720					0,837								0,688				
Développement des compétences																					
Item 12	0,526	0,724	0,508	0,169	0,714	-0,107	0,003	0,244	0,184	0,289	0,076	0,674	0,504	-0,107	-0,034	0,142	0,096	0,160	-0,050	0,676	
Item 13	0,852	0,275	0,665	0,530	0,276	0,032	-0,001	0,008	0,006	0,852	-0,005	0,239	0,652	-0,007	-0,056	-0,030	0,034	0,646	-0,002	0,152	
Item 14	0,786	0,382	0,604	0,525	0,360	0,009	0,068	-0,129	0,044	0,753	0,071	0,369	0,574	0,005	-0,020	-0,109	0,099	0,467	0,124	0,416	
ω	0,772			0,526						0,737										0,566	
Droit à l'erreur pour l'innovation																					
Item 15	0,674	0,546	0,565	0,488	0,443	0,166	-0,077	0,123	-0,149	0,185	0,493	0,529	0,577	0,070	-0,140	0,011	-0,126	0,063	0,386	0,474	
Item 16	0,783	0,387	0,713	0,284	0,411	0,105	-0,004	0,146	0,064	0,248	0,369	0,456	0,682	0,044	-0,060	0,044	0,031	0,131	0,273	0,435	
Item 17	0,726	0,473	0,693	0,244	0,460	0,035	0,019	0,037	0,170	-0,012	0,671	0,351	0,728	-0,041	-0,107	-0,118	-0,004	-0,055	0,206	0,398	
ω	0,772		0,935	0,440							0,638		0,940							0,364	

Note. CFA : analyse factorielle confirmatoire ; ESEM : modélisation en équation structurelle exploratoire ; BCFA : bi-facteur CFA ; BESEM : bi-facteur ESEM ; G : facteur global estimé comme faisant partie du modèle bifactoriel ; S : facteur spécifique estimé comme faisant partie du modèle bifactoriel ; λ : coefficient de saturation ; δ : unicité de l'item ; ω : coefficient omega de fiabilité composite ; les coefficients des items ciblés pour les modèles ESEM et BESEM sont inscrit en gras ; les coefficients non significatifs ($p \geq .05$) sont présentés en italique.

3.3.1.2. ESEM versus BESEM

Pour commencer, nous constatons que le modèle BESEM est bien défini dans son ensemble. À l'exception de l'item 6 relatif à la responsabilisation ($\lambda = 0,053$), l'ensemble des items du LH présente des coefficients de saturation élevés et significatifs sur le FG ($\lambda = 0,357-0,735$). Malgré la contribution non significative de l'item 6, le FG présente une excellente cohérence interne, avec un coefficient omega égal à 0,940. Comme dans l'Étude 1, nous notons que les items relatifs à la responsabilisation montrent une contribution plus importante dans la définition de leur facteur spécifique ($\lambda = 0,427-0,627$) que dans celle du FG ($\lambda = 0,053-0,496$). De manière générale, les FS sont bien définis par leurs items dédiés ($\lambda = 0,073-0,708$). Toutefois, nous constatons que l'item 7 relatif au coaching à l'auto-direction présente un coefficient de saturation très faible et non significatif sur son facteur spécifique. Néanmoins, la dimension demeure bien définie par les autres items dédiés ($\lambda = 0,592-0,595$), de même que les FS délégation de pouvoir, responsabilisation, partage d'informations, développement des compétences et droit à l'erreur pour l'innovation. En somme, (a) le modèle BESEM montre un ajustement excellent et meilleur que celui des modèles ESEM, CFA et BCFA ; (b) le FG comme les FS sont bien définis ; et (c) les coefficients de saturation croisés supérieurs à 0,200 dans le modèle ESEM diminuent une fois le FG pris en compte dans le modèle BESEM. Par conséquent, comme dans l'Étude 1, nous pouvons considérer que l'hypothèse 1 est validée selon les critères de Morin et ses collègues (Gillet et al., 2019 ; Morin et al., 2016 ; Tóth-Király et al., 2018), et retenir la solution BESEM pour rendre compte du LH dans la suite des analyses.

Tableau 10. Corrélations entre facteurs latents pour les solutions CFA et ESEM (n = 397)

CFA						
	Délé.	Resp.	Coach.	Info.	Comp.	Err.
Délégation de pouvoir	-					
Responsabilisation	0,546	-				
Coaching à l'auto-direction	0,635	0,576	-			
Partage d'informations	0,661	0,480	0,626	-		
Développement des compétences	0,589	0,345	0,543	0,732	-	
Droit à l'erreur pour l'innovation	0,739	0,403	0,691	0,723	0,768	-
ESEM						
	Délé.	Resp.	Coach.	Info.	Comp.	Err.
Délégation de pouvoir	-					
Responsabilisation	0,406	-				
Coaching à l'auto-direction	0,454	0,443	-			
Partage d'informations	0,507	0,301	0,443	-		
Développement des compétences	0,499	0,189	0,406	0,622	-	
Droit à l'erreur pour l'innovation	0,557	0,161	0,348	0,513	0,558	-
Différences entre coefficients de corrélations (ESEM - CFA)						
	Délé.	Resp.	Coach.	Info.	Comp.	Err.
Délégation de pouvoir	-					
Responsabilisation	-0,140	-				
Coaching à l'auto-direction	-0,181	-0,133	-			
Partage d'informations	-0,154	-0,179	-0,183	-		
Développement des compétences	-0,090	-0,156	-0,137	-0,110	-	
Droit à l'erreur pour l'innovation	-0,182	-0,242	-0,343	-0,210	-0,210	-

Note. CFA : analyse factorielle confirmatoire ; ESEM : modèle en équation structurelle exploratoire ; toutes les corrélations sont statistiquement significatives ($p < .01$) ; Délé. : délégation de pouvoir ; Resp. : responsabilisation ; Coach. : coaching à l'auto-direction ; Info. : partage d'informations ; Comp. : développement des compétences ; Err. : droit à l'erreur.

3.3.1.3. Modèle de mesure du LH et du stress perçu

Le modèle associant le LH dans sa configuration BESEM et le stress perçu dans une configuration CFA présente un ajustement excellent aux données sur tous les indices (Tableau 11). La dimension stress perçu est bien définie par ses items dédiés ($\lambda = 0,713-0,782$; Tableau 12). Le FG et les FS témoignent d'une bonne définition, avec des saturations factorielles quasiment identiques à celles retrouvées dans le modèle du LH seul. En somme, nous pouvons utiliser les scores factoriels issus de ce modèle dans la suite des analyses.

Tableau 11. Indicateurs d'ajustement du modèle de mesure du LH (BESEM) et de stress perçu (CFA ; n = 397)

χ^2 (ddl)	CFI	TLI	RMSEA	90% IC
174.937 (101)*	0,997	0,952	0,043	[0,032 ; 0,053]

Note. * $p < .01$; χ^2 : test du Khi^2 d'ajustement ; ddl : degrés de liberté ; CFI : comparative fit index ; TLI : Tucker-Lewis index ; RMSEA : root mean square error of approximation ; 90% IC : intervalle de confiance à 90% pour le RMSEA.

Tableau 12. Modèle du LH et du stress perçu (n = 397)

Items	BESEM LH								CFA SP	
	<i>G-λ</i>	<i>S-λ</i>	<i>S-λ</i>	<i>S-λ</i>	<i>S-λ</i>	<i>S-λ</i>	<i>S-λ</i>	<i>δ</i>	<i>λ</i>	<i>δ</i>
Délégation de pouvoir										
Item 1	0,698	0,555	<i>-0,011</i>	<i>0,019</i>	<i>-0,020</i>	<i>0,004</i>	<i>0,013</i>	0,204		
Item 2	0,696	0,626	<i>0,028</i>	<i>0,034</i>	<i>0,024</i>	<i>-0,013</i>	<i>-0,001</i>	0,121		
Item 3	0,673	0,224	0,245	<i>-0,040</i>	<i>0,022</i>	<i>-0,061</i>	<i>0,134</i>	0,413		
<i>ω</i>		0,728								
Responsabilisation										
Item 4	0,495	0,145	0,614	<i>0,108</i>	<i>0,087</i>	<i>-0,033</i>	<i>0,073</i>	0,331		
Item 5	0,377	<i>0,003</i>	0,667	<i>0,004</i>	<i>-0,129</i>	<i>-0,043</i>	<i>-0,152</i>	0,372		
Item 6	0,060	<i>-0,057</i>	0,437	0,253	<i>0,066</i>	<i>-0,006</i>	<i>-0,088</i>	0,726		
<i>ω</i>			0,674							
Coaching à l'auto-direction										
Item 7	0,747	<i>-0,085</i>	<i>-0,063</i>	0,063	<i>-0,134</i>	<i>-0,156</i>	<i>-0,133</i>	0,367		
Item 8	0,361	0,133	0,273	0,603	<i>-0,023</i>	<i>-0,062</i>	<i>-0,010</i>	0,409		
Item 9	0,626	<i>-0,090</i>	<i>0,032</i>	0,577	<i>-0,001</i>	<i>-0,001</i>	<i>0,012</i>	0,265		
<i>ω</i>				0,597						
Partage d'informations										
Item 10	0,721	<i>0,050</i>	<i>0,020</i>	<i>0,017</i>	0,419	0,105	<i>-0,002</i>	0,291		
Item 11	0,689	<i>-0,022</i>	<i>-0,021</i>	<i>-0,051</i>	0,580	<i>0,071</i>	<i>-0,060</i>	0,178		
<i>ω</i>					0,680					
Développement des compétences										
Item 12	0,505	<i>-0,124</i>	<i>-0,030</i>	0,141	<i>0,101</i>	0,158	<i>-0,020</i>	0,673		
Item 13	0,653	<i>-0,004</i>	<i>-0,059</i>	<i>-0,032</i>	<i>0,030</i>	0,659	<i>-0,004</i>	0,134		
Item 14	0,570	<i>0,006</i>	<i>-0,017</i>	<i>-0,105</i>	<i>0,106</i>	0,464	0,138	<i>0,418</i>		
<i>ω</i>						0,573				
Droit à l'erreur pour l'innovation										
Item 15	0,568	0,083	<i>-0,134</i>	<i>0,016</i>	<i>-0,117</i>	<i>0,068</i>	0,414	0,462		
Item 16	0,677	<i>0,041</i>	<i>-0,053</i>	<i>0,046</i>	<i>0,042</i>	0,135	0,303	0,423		
Item 17	0,724	<i>-0,043</i>	<i>-0,101</i>	<i>-0,122</i>	<i>0,000</i>	<i>-0,048</i>	0,230	0,394		
<i>ω</i>		0,940					0,412			
Stress perçu										
Item 1									0,782	0,389
Item 2									0,735	0,460
Item 3									0,713	0,492
Item 4									0,756	0,429
<i>ω</i>									0,834	

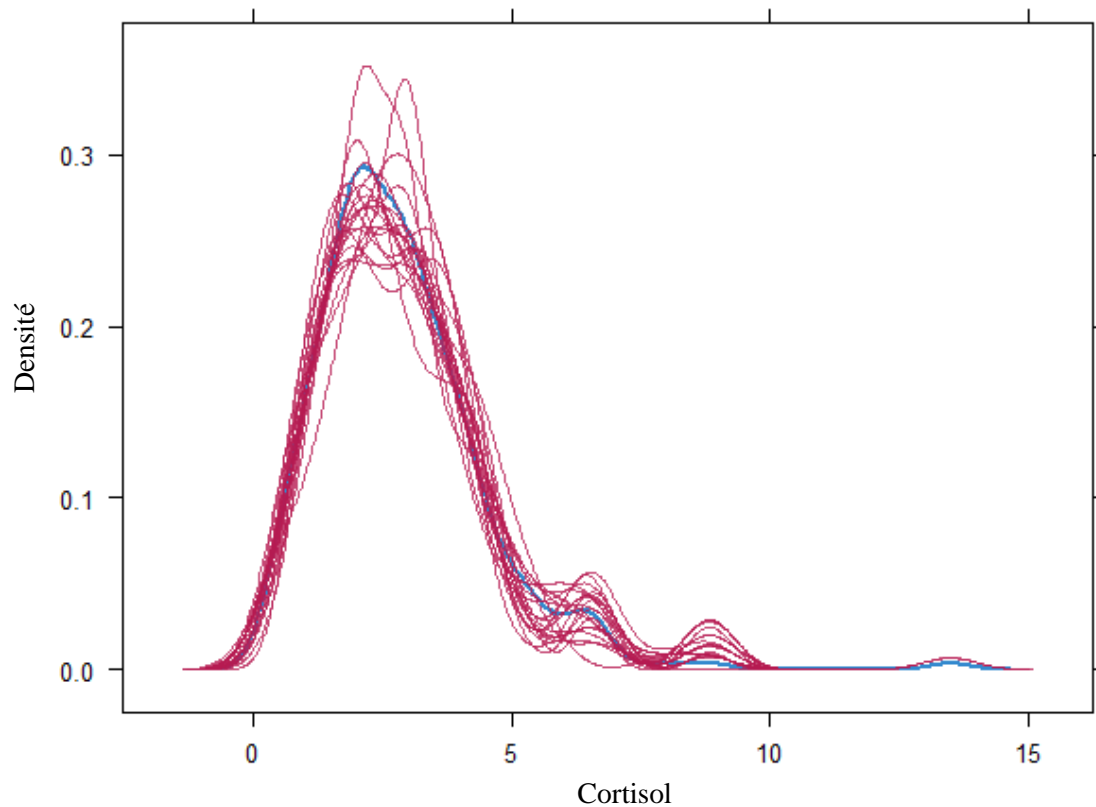
Note. SP : stress perçu ; CFA : analyse factorielle confirmatoire ; BESEM : modélisation en équation structurelle exploratoire bifactorielle ; G : facteur global estimé comme faisant partie du modèle bifactoriel ; S : facteur spécifique estimé comme faisant partie du modèle bifactoriel ; λ : coefficient de saturation ; δ : unicité de l'item ; ω : coefficient omega de fiabilité composite ; les coefficients des items ciblés pour le modèle BESEM sont inscrits en gras ; les coefficients non significatifs ($p \geq .05$) sont présentés en italique.

3.3.2. Imputation des données manquantes du cortisol

Les distributions du cortisol dans les 20 bases de données imputées, ainsi que la distribution du cortisol observé, sont représentées graphiquement sur la Figure 16. Nous constatons que les distributions imputées présentent une allure voisine de celle du cortisol observé, sans valeurs aberrantes (e.g., sans valeur négative).

Par conséquent, nous pouvons procéder à l'estimation des modèles du cortisol en analyse combinée sur les 20 bases de données imputées.

Figure 14. Distributions du cortisol imputé (rouge) et du cortisol observé (bleu)



3.3.3. Effet du LH sur le stress perçu

Les modèles Msp0 et Msp1 du stress perçu sont présentés dans le Tableau 13. Conformément à nos attentes, nous constatons que le FG LH est négativement relié au stress perçu. En revanche, contre toute attente, nous observons que les FS coaching à l'auto-direction, partage d'informations et droit à l'erreur pour l'innovation sont associés positivement au stress perçu. La comparaison du pourcentage de variance expliquée entre Msp0 et Msp1 révèle que le LH explique 13,3% du stress perçu. Afin d'estimer la part du stress perçu expliquée par le FG de la part expliquée par les FS du LH, nous avons estimé un modèle complémentaire expliquant le stress perçu par les variables contrôles et le FG LH (MspFG ; annexe 3). La comparaison du pourcentage de variance expliquée entre MspFG et Msp1 indique que le FG explique 5,7% du stress perçu, tandis que les FS du LH expliquent de 7,6% du stress perçu.

Tableau 13. Modèle linéaire hiérarchique du stress perçu (n = 397)

	Msp0			Msp1		
	<i>b</i>	<i>s.e.</i>	<i>p</i>	<i>b</i>	<i>s.e.</i>	<i>p</i>
Moyenne	-0,006	0,275	0,983	0,142	0,263	0,589
Sexe homme versus						
Femme	0,019	0,141	0,894	0,031	0,132	0,815
Age	0,009	0,007	0,186	0,004	0,007	0,527
Métier AS versus						
ASH	-0,195	0,274	0,478	-0,122	0,259	0,639
Autres	-0,454	0,260	0,082	-0,491	0,249	0,050
Cadre	-0,467	0,238	0,050	-0,389	0,226	0,086
chef de service	-0,289	0,434	0,505	-0,112	0,410	0,784
IDE	-0,166	0,125	0,184	-0,206	0,120	0,087
Médecin	-0,096	0,155	0,538	-0,188	0,150	0,212
Secrétaire	0,031	0,206	0,879	0,012	0,198	0,953
Temps plein versus						
temps partiel	-0,192	0,109	0,079	-0,159	0,103	0,123
Ancienneté CHU	-0,014	0,007	0,052	-0,010	0,007	0,165
FG LH				-0,267	0,047	0,000
FS Délé,				-0,027	0,051	0,595
FS Resp,				0,000	0,052	0,996
FS Coach,				0,168	0,054	0,002
FS Info,				0,132	0,055	0,017
FS Comp,				0,041	0,051	0,424
FS Err,				0,307	0,066	0,000
<i>R</i> ²			0,039			0,172
ΔR^2						0,133*

Note. * $p \leq 0,05$; var : variance ; *b* : coefficient de régression ; *s.e.* : erreur standard du coefficient ; AS : Aide-soignant ; ASH : agent de service hospitalier ; IDE : infirmier ; CHU : centre hospitalier universitaire ; FS : facteur spécifique ; FG : facteur global ; Délé, : délégation de pouvoir ; Resp, : responsabilisation ; Coach, : coaching à l'auto-direction ; Info : partage d'informations ; Comp, : développement des compétences ; Err, : droit à l'erreur pour l'innovation ; LH : leadership habilitant ; *R*²: pourcentage de variance expliquée ; ΔR^2 : différence de variance expliquée

3.3.4. Effet du LH sur le cortisol et médiation par le stress perçu

Pour rappel, nous avons estimé quatre modèles selon une stratégie de régression hiérarchique : Mc0 afin de bénéficier d'un modèle « nul » de comparaison ; Mc1 afin d'investiguer l'effet du stress perçu sur le cortisol ; Mc2 afin d'étudier l'effet du LH sur le cortisol ; et Mc3 afin d'étudier l'effet de médiation du stress perçu dans la relation entre le LH et le cortisol. Les modèles Mc0, Mc1, Mc2 et Mc3 sont présentés dans le Tableau 14. Conformément à nos attentes, nous constatons que le stress perçu est positivement relié au cortisol. En d'autres termes, le stress perçu favorise une élévation du pic de cortisol salivaire au réveil, indépendamment des variables contrôles. La comparaison du R^2 de Mc1 et Mc0 indique que le stress perçu explique significativement 1,5% de la variation du niveau de cortisol.

À l'inverse, toujours conformément à nos attentes, le FG LH montre une relation négative avec le cortisol. Autrement dit, les conduites de LH favorisent une diminution du pic de cortisol salivaire au réveil, indépendamment des variables contrôles. Contre toute attente, nous observons également un lien négatif entre le FS responsabilisation et le niveau de cortisol. La comparaison de Mc2 avec Mc0 révèle que le LH contribue à expliquer significativement 9,8% de la variation du niveau de cortisol, un niveau de variance expliquée significativement supérieur de 8,3% à celui du stress perçu (comparaison des R^2 de Mc1 et Mc2). Par conséquent, à ce stade, le LH peut être considéré comme un prédicteur plus puissant du niveau de cortisol salivaire au réveil que le stress perçu.

En envisageant le LH et le stress perçu dans un même modèle explicatif du cortisol (Mc3), nous observons que l'effet du stress perçu n'est plus significatif, avec un risque d'erreur à 7,9%¹². En revanche, nous observons que les effets du FG LH et du FS responsabilisation demeurent significatifs. La considération des coefficients de régression de Mc2 et Mc3 révèle que l'introduction du stress perçu dans le modèle diminue la taille de l'effet du FG LH, tandis que celle du FS responsabilisation demeure tout à fait inchangée. En somme, l'absence d'effet significatif du stress perçu sur le cortisol dans Mc3 indique l'absence de médiation de la relation entre le LH et le cortisol par le stress perçu.

¹² Dans ce sens, l'introduction du stress perçu dans le modèle, en plus du LH, n'augmente pas significativement le pourcentage de variance expliquée (comparaison de Mc3 et Mc2), avec une augmentation de seulement 0,9% du R^2 .

Tableau 14. Modèle linéaire hiérarchique du cortisol (analyse combinée sur 20 bases de données imputées, n = 397)

	Mc0			Mc1			Mc2			Mc3		
	<i>b</i>	<i>s.e.</i>	<i>p</i>	<i>b</i>	<i>s.e.</i>	<i>p</i>	<i>b</i>	<i>s.e.</i>	<i>p</i>	<i>b</i>	<i>s.e.</i>	<i>p</i>
Moyenne	1,889	0,675	0,006	1,878	0,671	0,006	2,216	0,643	0,001	2,195	0,641	0,001
Sexe homme versus												
Femme	0,106	0,314	0,737	0,101	0,312	0,746	0,041	0,305	0,894	0,035	0,304	0,908
Age	-0,016	0,013	0,197	-0,018	0,013	0,148	-0,021	0,012	0,094	-0,021	0,012	0,082
Corticothérapie NA versus												
Oui	0,424	0,651	0,515	0,461	0,646	0,476	0,040	0,631	0,949	0,044	0,629	0,944
non	0,596	0,454	0,191	0,607	0,451	0,179	0,306	0,436	0,483	0,301	0,434	0,488
Métier AS versus												
ASH	-0,045	0,568	0,937	-0,004	0,565	0,995	0,016	0,554	0,977	0,038	0,552	0,945
autres	0,582	0,527	0,271	0,680	0,530	0,202	0,640	0,521	0,222	0,727	0,525	0,170
cadre	0,505	0,444	0,257	0,603	0,444	0,176	0,803	0,432	0,064	0,872	0,431	0,045
chef de service	1,813	0,886	0,043	1,874	0,880	0,035	2,068	0,858	0,018	2,089	0,855	0,016
IDE	-0,005	0,225	0,982	0,031	0,224	0,892	0,231	0,220	0,294	0,267	0,219	0,224
médecin	0,810	0,321	0,013	0,831	0,320	0,011	0,932	0,321	0,005	0,966	0,320	0,003
secrétaire	0,523	0,386	0,177	0,517	0,384	0,179	0,765	0,385	0,049	0,764	0,384	0,048
Temps plein versus												
temps partiel	0,302	0,204	0,141	0,342	0,203	0,094	0,276	0,197	0,162	0,304	0,197	0,124
Ancienneté CHU	0,044	0,014	0,001	0,047	0,013	0,001	0,047	0,013	0,001	0,049	0,013	0,000
FG LH							-0,246	0,095	0,011	-0,199	0,096	0,040
FS Délé,							-0,076	0,099	0,442	-0,072	0,099	0,471
FS Resp,							-0,405	0,122	0,001	-0,405	0,121	0,001
FS Coach,							-0,180	0,107	0,094	-0,210	0,108	0,054
FS Info,							-0,080	0,110	0,468	-0,104	0,110	0,350
FS Comp,							0,182	0,102	0,075	0,175	0,101	0,085
FS Err,							0,018	0,156	0,907	-0,036	0,161	0,824
SP				0,213	0,096	0,028				0,177	0,100	0,079
<i>R</i> ²			0,103			0,118			0,201			0,210
ΔR^2 avec Mc0						0,015*			0,098*			0,107*
ΔR^2 avec le modèle précédent						0,015*			0,083*			0,009

Note. * $p \leq 0,05$; *b* : coefficient de régression ; *s.e.* : erreur standard du coefficient ; SP : Stress perçu ; AS : aide-soignant ; IDE : infirmier ; ASH : agent de service hospitalier ; NA : non attribuable ; FS : facteur spécifique ; FG : facteur global ; Délé. : délégation de pouvoir ; Resp. : responsabilisation ; Coach. : coaching à l'auto-direction ; Info : partage d'informations ; Comp. : développement des compétences ; Err. : droit à l'erreur pour l'innovation ; LH : leadership habilitant ; *R*² : pourcentage de variance expliquée ; ΔR^2 : différence de variance expliquée ; l'ensemble des paramètres estimés sont issus de l'analyse combinée de 20 jeux de données imputés.

3.4. Discussion et conclusion

Cette étude avait trois objectifs principaux. Le premier consistait à tester à nouveau la structure bifactorielle du LH ; le deuxième à tester l'effet du LH sur le stress perçu ; et le troisième à tester l'effet du LH sur la réponse biologique au stress, et à mettre en évidence le potentiel rôle médiateur du stress perçu.

3.4.1. Modélisation du LH

Cette fois encore, les résultats obtenus montrent la supériorité de la structure bifactorielle du LH. La confirmation de nos premiers résultats auprès d'un nouvel échantillon, qui plus est de professionnels issus d'un autre secteur d'activité, est un argument supplémentaire en faveur de cette configuration factorielle. À l'appui de ces résultats et de ceux de notre première étude, il semble raisonnable de soutenir la coexistence d'un phénomène de globalité et de spécificité au sein du LH, en cohérence avec certains travaux antérieurs (Chénard Poirier et al., 2017). Plus précisément, l'ajustement du modèle avec un FG correctement défini indique un phénomène global, caractérisé par la mise en œuvre globale de l'ensemble des conduites de LH. Tandis que la bonne définition des FS indique un phénomène de spécificité, caractérisé par la mise en œuvre indépendamment du FG des conduites de délégation de pouvoir, de responsabilisation, de coaching à l'auto-direction, de partage d'informations, de développement des compétences et de droit à l'erreur pour l'innovation.

Toutefois, bien que le FG et les FS soient bien définis, nous constatons cette fois encore que les items de responsabilisation contribuent davantage à la définition de leur FS qu'à celle du FG. De plus, nous observons cette fois-ci qu'un des items de responsabilisation ne contribue pas significativement à la définition du FG LH. Un tel résultat peut nous interroger sur la place de la responsabilisation dans les conduites habilitantes. Dans ce sens, rappelons que la littérature du LH est contrastée sur le sujet. Mis à part le LEBQ de Konczak et al. (2000), les échelles du LH ne distinguent pas factoriellement la responsabilisation de la délégation (Amundsen & Martinsen, 2014 ; Pearce & Sims, 2002), voire n'intègrent tout simplement pas d'items relatifs à la responsabilisation (Ahearne et al., 2005 ; Arnold et al., 2000 ; Sinclair et al., 2014). Néanmoins, précisons que les deux autres items relatifs à la responsabilisation contribuent significativement à la définition du FG LH, avec

des coefficients de saturation de 0,376 et 0,486 dans cette deuxième étude. En outre, nous observons encore que le FS délégation et le FS responsabilisation sont bien distincts, avec des saturations croisées qui demeurent faibles. À l'appui de ces éléments, il nous semble raisonnable de considérer que la responsabilisation relève bien d'un comportement habilitant, et qu'elle convient d'être distinguée de la délégation de pouvoir, en cohérence avec la définition princeps de Conger et Kanungo (1988) et le modèle de Konczak et al. (2000). Toutefois, des études ultérieures nous semblent nécessaires pour investiguer à nouveau la structure bifactorielle du LH et la contribution des items relatifs à la responsabilisation.

3.4.2. Effet du LH sur le stress perçu

Cette fois encore, nous constatons une association négative entre le FG LH et le stress perçu. Nous confirmons donc que l'ensemble des conduites habilitantes contribue à diminuer le stress perçu. Réinterprété dans le cadre du MRC (Bakker & Demerouti, 2014), ce résultat suggère que les conduites habilitantes exercent l'effet d'une ressource professionnelle, susceptible d'augmenter la capacité du salarié à faire face aux exigences qu'il rencontre. En revanche, contre toute attente, nous observons que les FS coaching à l'auto-direction, partage d'informations et droit à l'erreur sont associés positivement avec le stress perçu, une fois tenu compte de l'effet du FG LH. Pour rappel, nous postulons en introduction de ce travail de thèse que ces trois FS seraient susceptibles d'exercer l'effet de ressources professionnelles. En effet, la littérature sur le LH considère ces comportements comme des conduites de soutien, essentielles pour permettre aux salariés de faire face à l'exigence de la délégation et de la responsabilisation, et véritablement expérimenter, outre l'autonomie, une maîtrise de leur activité, un impact et du sens dans leur travail (Amundsen & Martinsen, 2014 ; Boudrias & Bérard, 2016). Dans ce sens, Konczak et al. (2000) montrent que le coaching, le partage d'informations et le droit à l'erreur (comme les autres conduites de LH) sont associés positivement avec l'habilitation psychologique, elle-même associée négativement avec le stress perçu (Seibert et al., 2011). Si l'effet positif du FG LH sur le stress perçu suggère que ces trois conduites de LH exercent bien l'effet d'une ressource professionnelle, l'effet négatif de ces FS sur le stress perçu suggère que le coaching, le partage d'informations et le droit à l'erreur peuvent constituer des

exigences stressantes pour les salariés, lorsqu'ils sont considérés isolément des autres conduites.

Pour commencer, une description plus précise de la définition du FS coaching à l'auto-direction peut nous éclairer sur l'effet contrasté de ce comportement. Comme dans notre première étude, nous constatons que le FS est principalement défini par les items 8 et 9, caractérisés par le fait que le supérieur compte sur le salarié et l'encourage à prendre des décisions et à trouver ses propres solutions. En revanche, l'item 7 relatif à l'aide apportée par le supérieur ne contribue pas significativement à la définition du FS. En somme, le FS est davantage défini par l'incitation à l'autonomisation que par l'aide à l'autonomisation. S'il semble évident que l'aide relève d'un comportement ressource, l'incitation à l'autonomisation, à l'inverse, nous semble pouvoir constituer une exigence pour les salariés, en particulier quand elle n'est pas accompagnée des autres conduites de LH, telles que le soutien au développement des compétences par exemple. Dans ce sens, la littérature montre des résultats contrastés concernant l'effet de l'autonomie du salarié (Chung-Yan, 2010 ; Kubicek et al., 2017 ; Langfred & Moye, 2004 ; Lu et al., 2017). Si l'autonomie est majoritairement envisagée comme une ressource (Bakker & Demerouti, 2014 ; Karasek, 1979), certains travaux montrent qu'elle implique un effort chez le salarié, dans la mesure où il doit prendre les décisions par lui-même sur la méthode ou la planification du travail par exemple (Kubicek et al., 2014). De plus, certains travaux suggèrent que l'effet négatif de l'autonomie serait observé lorsqu'elle est associée à un faible soutien social (Kubicek et al., 2017). En somme, il nous semble que le coaching à l'auto-direction pourrait représenter une forme d'injonction à l'autonomie, et par conséquent exercer l'effet d'une exigence professionnelle, lorsqu'il n'est pas associé aux autres conduites de LH.

Concernant maintenant l'effet du partage d'informations, la littérature témoigne également d'un effet contrasté. Si les travaux sur l'habilitation et le management présentent généralement l'accès à l'information comme un facteur professionnel positif (Konczak et al., 2000 ; Laschinger et al., 2004 ; Walumbwa et al., 2008), susceptible d'augmenter l'habilitation psychologique et de diminuer le stress (Laschinger et al., 2001, 2013), tout en favorisant la performance (Marlow et al., 2018 ; Mesmer-Magnus & Dechurch, 2009), d'autres travaux témoignent d'effets potentiellement négatifs, fonction de la quantité d'informations. Plus précisément, certaines études montrent que l'augmentation de l'information disponible peut dépasser les capacités de

traitement des individus et conduire à un vécu relatif de surcharge d'informations et de stress perçu (Bawden & Robinson, 2009 ; Ledzińska & Postek, 2017 ; Misra & Stokols, 2012 ; Misra et al., 2020). Bawden et Robinson (2009) expliquent que la surcharge d'informations s'observerait en particulier lorsque les informations à disposition sont utiles, ou présentent une valeur potentielle. C'est cette utilité perçue qui pousserait l'individu à considérer l'information et à dépasser ses capacités cognitives. Une fois l'état de surcharge constitué, toute information supplémentaire serait alors perçue comme une entrave stressante, quand bien même l'information en elle-même pourrait constituer une ressource profitable (Bawden & Robinson, 2009). Dans ce sens, plusieurs études montrent une relation positive entre la surcharge d'informations et le stress perçu (Misra & Stokols, 2012 ; Misra et al., 2020). Il nous semble que ce phénomène pourrait fournir une explication de l'effet contrasté que nous avons observé. Une fois tenu-compte de l'effet positif du partage d'informations au travers de l'effet du FG LH, le partage d'informations « supplémentaires » pourrait constituer un facteur de surcharge d'informations générateur de stress perçu, caractérisé par l'effet négatif du FS.

Outre ce mécanisme additif, un mécanisme de déséquilibre dans la mise en œuvre des conduites LH peut aussi être envisagé pour comprendre ce résultat (comme pour l'effet du FS coaching à l'auto-direction). En effet, rappelons que les FS sont à considérer comme des déviations par rapport à la mise en œuvre concomitante de l'ensemble des conduites, opérationnalisée par le FG LH (Gillet et al., 2019). En d'autres termes, nous pouvons imaginer que ce soit la mise en œuvre sélective du partage d'informations qui conduise à une élévation du stress. Dans ce sens, Ledzińska & Postek (2017) suggèrent que les compétences des individus et leur expérience pourraient éviter la survenue d'une surcharge, en leur permettant de mieux sélectionner les informations disponibles. En reprenant ce raisonnement, nous pouvons envisager que les autres conduites de LH, telles que le développement des compétences, pourraient soutenir la capacité de l'individu à faire face à l'exigence du traitement de l'information. Sous cette hypothèse, l'effet négatif du FS partage d'informations pourrait être interprété comme le résultat de la mise en œuvre sélective du comportement. Néanmoins, des recherches ultérieures s'appuyant sur des analyses de modération sont nécessaires afin de confirmer (ou d'infirmer) cette hypothèse interprétative.

Enfin, comme dans notre première étude, nous constatons un effet négatif du FS droit à l'erreur pour l'innovation. Ce résultat nous semble appuyer

l'hypothèse selon laquelle l'encouragement à l'innovation malgré le risque d'erreur pourrait constituer une exigence professionnelle. Comme nous l'expliquions dans l'Étude 1, l'innovation implique un effort du salarié afin d'identifier les problèmes, de rechercher et d'encoder des informations, de générer de nouvelles idées et de les exprimer publiquement (Cusin, 2011 ; Zhang & Bartol, 2010). En conséquence, il semble raisonnable de considérer que l'encouragement du manager à innover, même en donnant le droit à l'erreur, puisse constituer une exigence professionnelle pour le salarié (Demerouti et al., 2001), susceptible de diminuer les ressources de ce dernier et de générer du stress perçu (Hobfoll, 1989).

En somme, cette deuxième étude montre très nettement l'effet contrasté du LH, dont témoignent certains travaux (Cheong et al., 2016 ; Chénard Poirier et al., 2017 ; Wong & Giessner, 2018 ; Humborstad et al., 2014). Comme le suggère l'étude de Cheong et al. (2016), nous montrons que le LH est susceptible à la fois d'augmenter et de diminuer le stress perçu. À ce stade de la discussion, nos résultats invitent à recommander aux managers de mettre en œuvre l'ensemble des conduites de LH afin de garantir des effets positifs sur le stress perçu des salariés. À l'inverse, la mise en œuvre sélective des conduites de LH, en particulier du coaching à l'auto-direction, du partage d'informations et du droit à l'erreur pour l'innovation, conduit à des effets négatifs sur le stress perçu.

3.4.3. Effet du LH sur le cortisol salivaire au réveil

Conformément à nos attentes, nos résultats indiquent que le FG LH favorise une diminution du taux de cortisol salivaire au réveil. Autrement dit, l'ensemble des conduites habilitantes contribue à diminuer le niveau d'activation des mécanismes biologiques de la réponse au stress, en particulier l'activation de l'axe HHS. À notre connaissance, il s'agit de la première étude à montrer l'effet protecteur du LH sur un marqueur biologique du stress, et plus généralement à étudier le lien entre le LH et les mécanismes biologiques de la santé. En d'autres termes, notre étude permet de confirmer biologiquement l'effet protecteur du LH contre le stress des salariés : non seulement le FG LH est susceptible de diminuer la perception de stress, mais il diminue également le niveau d'activation des mécanismes biologiques de la réponse au stress.

Outre l'effet du FG LH, nous observons que le FS responsabilisation contribue également à diminuer le niveau de cortisol salivaire au réveil. Ce résultat nous semble particulièrement original. En effet, certains travaux de la littérature sur le LH suggèrent au contraire que la responsabilisation pourrait exercer l'effet d'une exigence professionnelle stressante (Cheong et al., 2016 ; Sharma & Kirkman, 2015). Pour cette raison, nous postulions en introduction de ce travail de thèse que le FS responsabilisation serait susceptible d'augmenter le stress une fois tenu compte de l'effet du FG LH. Nos résultats indiquent le contraire, puisque le FS explique une diminution du cortisol, même après avoir tenu compte de l'effet positif du FG LH. De surcroît, l'effet du FS est particulièrement important. En effet, rappelons que l'influence de la responsabilisation est déjà partiellement prise en compte dans l'effet du FG LH. Par conséquent, l'effet surajouté du FS responsabilisation montre l'importance de ce comportement dans l'explication du stress biologique. De plus, nous constatons que le coefficient de régression standardisé du FS responsabilisation ($b = -0,405$) est nettement supérieur à celui du FG LH ($b = -0,246$). La responsabilisation du salarié serait donc l'aspect du LH le plus protecteur contre l'activation des mécanismes biologiques de la réponse au stress.

Pour expliquer l'effet du LH sur le niveau de cortisol, nous faisons l'hypothèse d'un mécanisme de médiation par le stress perçu. En effet, les modèles du stress expliquent que les caractéristiques de l'environnement activent les mécanismes biologiques de la réponse au stress par le biais de la perception du caractère menaçant de l'environnement (i.e., le stress perçu ; Amirkhan, 2012 ; Lazarus, 1974 ; McEwen, 2007 ; Slavich, 2020). Dans ce sens, nos résultats témoignent bien d'une relation positive entre le stress perçu et le cortisol salivaire au réveil. Néanmoins, nos analyses ne montrent pas de médiation de l'effet du LH par le stress perçu. À première vue, un tel résultat indique que la réduction du stress perçu n'est pas le mécanisme explicatif de l'effet du LH sur le cortisol. Toutefois, plusieurs hypothèses complémentaires peuvent être formulées pour comprendre ce résultat et tenter d'expliquer le lien observé entre LH et cortisol par le biais des mécanismes reliant stress perçu et santé.

Pour commencer, nous pouvons imaginer que l'effet positif du LH sur le cortisol serait mieux expliqué par l'amélioration de l'efficacité des stratégies de coping que par la réduction du stress perçu. En effet, le modèle transactionnel du stress postule que le lien entre le stress perçu et la santé physique est médié par les stratégies cognitives et comportementales que l'individu met en place pour

s'adapter à la situation (Biggs et al., 2017 ; Lazarus, 1974). Plus précisément, le stress perçu par l'individu à un instant t , pourrait ne pas affecter la santé à un instant $t+2$, si les stratégies mises en œuvre entre temps (i.e., en $t+1$) ont permis de réguler la menace environnementale et de réduire le stress perçu. Dans ce sens, les stratégies centrées sur la régulation des exigences montrent généralement une efficacité importante (Baker & Berenbaum, 2007 ; Ogden, 2012 ; Van den Brande et al., 2016). Toutefois, la mise en œuvre de ces stratégies suppose que l'individu dispose d'un niveau de contrôle suffisant sur son environnement (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014 ; Dewe, 2017). Considérant l'effet du LH sur l'habilitation structurelle (Dahinten et al., 2014 ; MacPhee et al., 2014) et psychologique (Kim et al., 2018), mais aussi l'effet du LH sur l'HC (Chénard Poirier et al., 2017) et le job crafting (Kim & Beehr, 2018 ; Thun & Bakker, 2018), nous pouvons supposer que le LH, non seulement autorise, mais aussi favorise, l'engagement comportemental du salarié dans la transformation de son environnement professionnel, pour le développement des ressources et la régulation des menaces. En somme, nous pouvons postuler que le LH contribue à diminuer le cortisol salivaire par le biais d'une amélioration de la capacité des individus à s'ajuster efficacement au stress perçu, et non par le biais d'une diminution directe du stress perçu.

Dans ce sens, rappelons que nos résultats montrent un effet contrasté et plus généralement un pouvoir explicatif faible du LH dans l'explication du stress perçu, avec un R^2 égal à 13,6% dans l'Étude 1 et à 13,3% dans cette seconde étude. De plus, le LH témoigne d'un effet positif et d'un pouvoir explicatif plus fort dans l'explication de l'épuisement émotionnel (i.e., Étude 1 : $R^2 = 24\%$), considéré comme un indicateur de l'exposition prolongée au stress perçu (Maslach & Schaufeli, 1993). En somme, ces éléments peuvent empiriquement suggérer que si le LH témoigne d'un lien faible et/ou ambigu avec le stress perçu, il peut donner aux individus les capacités à s'ajuster efficacement, et ainsi contribuer à diminuer le retentissement du stress perçu sur l'activation des mécanismes biologiques de la réponse au stress et à l'épuisement émotionnel. Sous cette hypothèse, le lien entre le stress perçu et le cortisol salivaire pourrait être modéré par le niveau de LH. Plus précisément, nous pouvons postuler que les individus déclarant avoir fréquemment expérimenté du stress perçu au cours du dernier mois (i.e., stress perçu tel que nous l'avons mesuré avec l'échelle de Cohen et al., 1983) témoigneraient d'un niveau élevé de cortisol lorsque le LH est faible. À l'inverse, nous pouvons postuler que les individus déclarant un stress perçu fréquent sur le dernier mois pourraient témoigner d'un niveau faible

de cortisol lorsque le niveau de LH est élevé, dans la mesure où ils auraient pu s'ajuster efficacement.

Afin de tester cette hypothèse, nous avons estimé un modèle supplémentaire (Mc4 ; Tableau 15) expliquant le cortisol salivaire par (1) les variables contrôles, (2) le FG et les six FS du LH, (3) le stress perçu, et enfin (4) les interactions du FG et des six FS du LH avec le stress perçu. Nos analyses montrent un effet d'interaction significatif du stress perçu avec le FG LH et le FS responsabilisation dans l'explication du cortisol salivaire. Les deux effets d'interaction sont présentés graphiquement sur les Figures 17 et 18. Les résultats révèlent que la relation positive entre le stress perçu et le cortisol salivaire au réveil diminue à mesure que le FG LH et le FS responsabilisation augmentent, au point que lorsque le FG LH et le FS responsabilisation sont à leur niveau le plus élevé, le stress perçu n'est plus associé à une élévation du taux de cortisol. Selon nous, ce résultat complémentaire renforce encore l'hypothèse selon laquelle le LH contribuerait à diminuer l'activation des mécanismes biologiques de la réponse au stress en augmentant la capacité des individus à s'ajuster efficacement au stress perçu, et non en diminuant directement la perception de stress. D'autres études seraient nécessaires pour confirmer ce résultat. Plus précisément, nous concevons l'intérêt d'investiguer simultanément l'effet médiateur du stress perçu et du coping dans la relation entre le LH et les mécanismes de la réponse biologique au stress.

Tableau 15. Modèle linéaire Mc4 du cortisol salivaire (analyse combinée à partir de 20 bases de données imputées)

	Mc4		
	<i>b</i>	<i>s.e.</i>	<i>p</i>
Moyenne	2,126	0,645	0,001
Sexe homme versus			
Femme	0,111	0,302	0,714
Age	-0,022	0,012	0,066
Corticothérapie NA versus			
Oui	0,211	0,622	0,735
Non	0,345	0,430	0,423
Métier AS versus			
ASH	-0,028	0,553	0,960
Autres	0,749	0,521	0,154
Cadre	0,868	0,427	0,043
chef de service	2,272	0,868	0,010
IDE	0,217	0,220	0,323
Médecin	0,978	0,320	0,003
Secrétaire	0,725	0,381	0,059
Temps plein versus			
temps partiel	0,307	0,196	0,119
Ancienneté CHU	0,047	0,013	0,000
FG LH	-0,165	0,098	0,093
FS Délé,	-0,100	0,100	0,317
FS Resp,	-0,291	0,128	0,026
FS Coach,	-0,196	0,112	0,081
FS Info,	-0,084	0,111	0,447
FS Comp,	0,166	0,101	0,103
FS Err,	0,016	0,163	0,925
SP	0,133	0,100	0,185
SP x FG LH	-0,183	0,088	0,039
SP x FS Délé,	-0,006	0,098	0,952
SP x FS Resp,	-0,215	0,092	0,021
SP x FS Coach,	-0,096	0,104	0,355
SP x FS Info,	0,007	0,103	0,945
SP x FS Comp,	0,037	0,117	0,751
SP x FS Err,	0,014	0,146	0,924
<i>R</i> ²			0,251

Note. *b* : coefficient de régression ; *s.e.* : erreur standard du coefficient ; *p* : probabilité d'erreur dans la rejet de l'hypothèse nulle ; SP : Stress perçu ; FS : facteur spécifique ; FG : facteur global ; Délé, : délégation de pouvoir ; Resp, : responsabilisation ; Coach, : coaching à l'auto-direction ; Info : partage d'informations ; Comp, : développement des compétences ; Err, : droit à l'erreur pour l'innovation ; LH : leadership habilitant ; CHU : centre hospitalier universitaire ; AS : aide-soignant ; IDE : infirmier ; ASH : agent de service hospitalier ; NA : non attribuable ; x : interaction ; R²: pourcentage de variance expliquée.

Figure 15. Représentation de l'effet modérateur du FG LH dans la relation entre le stress perçu et le cortisol

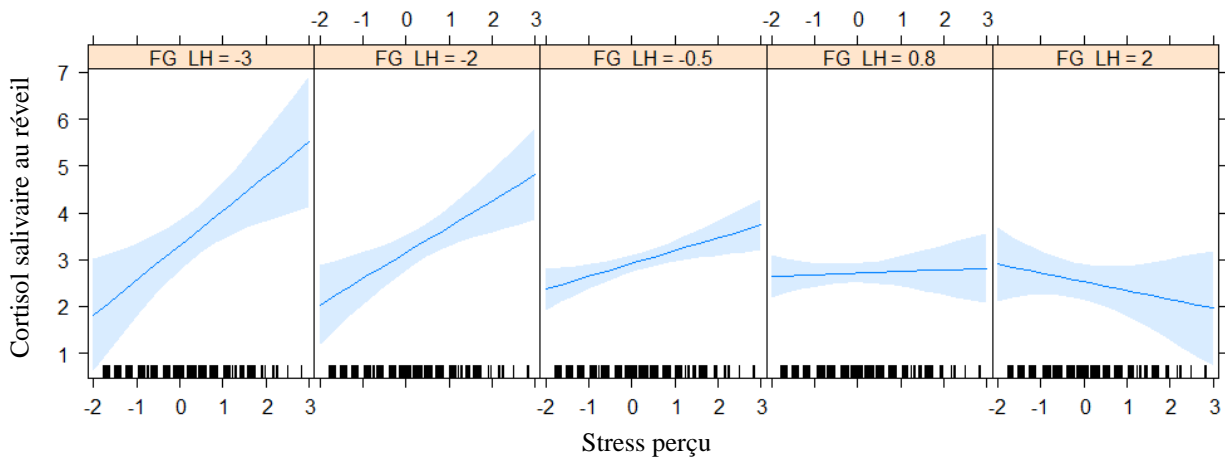
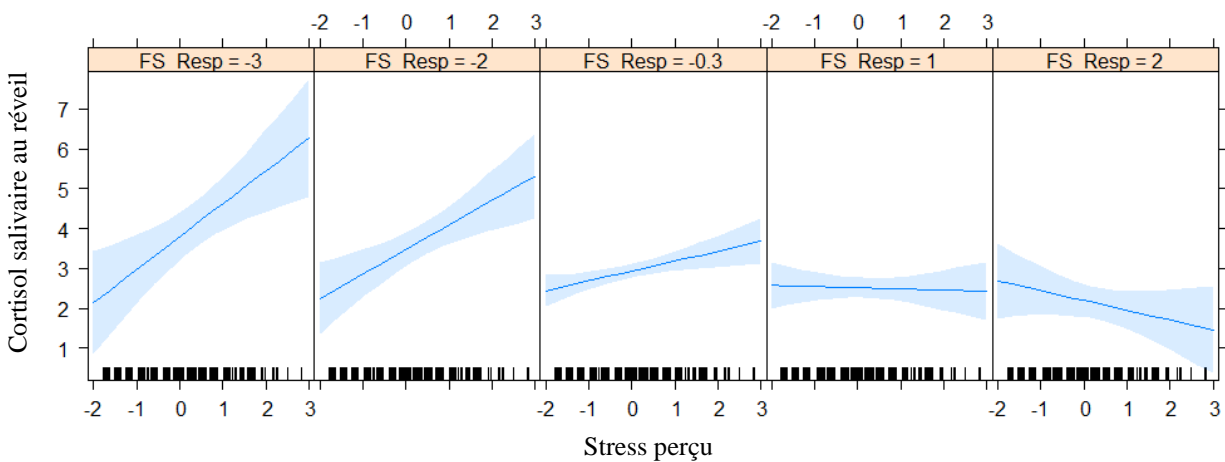


Figure 16. Représentation de l'effet modérateur du FS responsabilisation dans la relation entre le stress perçu et le cortisol



Note : graphiques construits à partir de la description des effets réalisée avec le package « effects » à l'aide du logiciel R, sur la base des paramètres de Mc4 estimés dans l'un des 20 échantillons imputés, présentant des coefficients voisins à ceux issus des analyses combinées.

Toutefois, d'autres mécanismes que le coping méritent d'être envisagés pour expliquer le lien observé entre le LH et le cortisol salivaire, et plus particulièrement pour comprendre l'effet du FS responsabilisation. En effet, rappelons que l'introduction du stress perçu dans le modèle Mc3 ne fait absolument pas varier le coefficient du FS responsabilisation, et que, même après avoir tenu compte de l'effet d'interaction dans Mc4, le FS responsabilisation témoigne d'un effet direct indépendant sur le cortisol salivaire au réveil. Dans une méta-analyse regroupant 208 études de laboratoire, Dickerson et Kemeny (2004) montrent que les dispositifs expérimentaux stressants élèvent davantage le niveau de cortisol sécrété lorsqu'ils comportent une évaluation sociale. Plus précisément, les menaces de perte d'estime sociale, ou d'atteinte de l'identité sociale, constitueraient un puissant prédicteur de l'activation de la réponse biologique au stress (Dickerson et al., 2004a, 2004b). Face à ces situations, le niveau d'estime de soi peut jouer un rôle protecteur important (Lupis et al., 2016). Plus précisément, les individus présentant une forte estime de soi ont tendance à moins se dévaloriser (i.e., à moins faire d'attribution causale interne négative) lorsqu'ils sont confrontés à une menace pour l'identité sociale (e.g., le rejet social), et en retour, à moins augmenter leur niveau de cortisol (Ford & Collins, 2010).

Selon nous, la responsabilisation par le supérieur pourrait soutenir la constitution d'une forte estime personnelle, en particulier lorsque le salarié parvient à s'ajuster efficacement aux exigences professionnelles et qu'il fait l'expérience de succès professionnels. En effet, la responsabilisation par le supérieur, telle qu'elle est opérationnalisée dans le questionnaire de Konczak et al., (2000), consiste à indiquer au salarié qu'il est responsable de sa performance, de ses résultats ou encore de la satisfaction des clients. Par ce comportement (qui à première vue peut sembler relever d'une exigence professionnelle), nous postulons que le manager favorise chez le salarié l'attribution causale interne des résultats de son travail, et ainsi, favorise la constitution d'une estime de soi positive, en particulier lorsque le salarié peut réaliser son travail correctement. Dans ce sens, la méta-analyse de Bowling et al. (2010) montre, entre autres, que la complexité du travail, l'autonomie et le soutien social du supérieur, favorisent une estime de soi positive. Les auteurs postulent que ces conditions environnementales peuvent implicitement suggérer au salarié qu'il est respecté et perçu comme compétent par son supérieur, et ainsi favoriser son estime personnelle. En outre, ils postulent que certaines formes de soutien social par le supérieur, qui consistent à indiquer directement au salarié sa

compétence et sa valeur pour l'organisation, pourraient avoir un effet positif encore plus direct sur l'estime de soi.

En somme, nous pouvons postuler que la responsabilisation du salarié est susceptible de favoriser une attribution causale interne des résultats du travail et par conséquent de renforcer l'estime de soi. Cet effet positif de la responsabilisation sur l'estime de soi pourrait en retour diminuer la propension du salarié à se dévaloriser, en particulier lorsqu'il est confronté à des situations susceptibles de menacer son identité sociale (e.g., évaluation ou observation de son travail par autrui), et par conséquent, diminuer le niveau d'activation des mécanismes biologiques de la réponse au stress. En outre, cet effet pourrait être indépendant du niveau de stress perçu, comme l'indiquent nos résultats. En effet, plusieurs travaux suggèrent que d'autres émotions, telles que la honte, pourraient médier l'effet des menaces pour l'identité sociale sur le niveau de cortisol, indépendamment du stress perçu (Dickerson et al., 2004 ; Lamarche et al., 2017). Dans ce sens, certaines études montrent que les affects négatifs et positifs expliquent mieux le niveau de cortisol que le stress perçu (e.g., van Eck et al., 1996). Ces travaux contribuent à soutenir la proposition de Lazarus (1993), reprise par DeSteno et al. (2013), sur l'existence de mécanismes émotionnels complémentaires du stress perçu dans l'explication de la santé. À l'appui de l'ensemble de ces éléments, nous concevons l'intérêt scientifique d'investiguer l'effet médiateur d'autres états affectifs que le stress perçu dans la relation entre le LH et le cortisol salivaire, tels que les affects négatifs et les affects positifs (DeSteno et al., 2013), ou encore certaines émotions spécifiques comme la honte (Dickerson et al., 2004) ou l'amour (Fredrickson et al., 2008).

Pour conclure, nous retiendrons que le LH est un prédicteur ambigu de stress perçu, susceptible à la fois de le diminuer mais aussi de l'augmenter si nous considérons les FS. Sur ce point, nos résultats appuient l'importance de manifester l'ensemble des pratiques habilitantes afin de garantir des effets positifs sur la perception de stress. En revanche, le LH montre un effet protecteur sans ambiguïté contre l'élévation du niveau de cortisol salivaire au réveil. Au-delà de l'effet protecteur contre l'activation des mécanismes biologiques de la réponse au stress, le lien retrouvé entre le LH et le cortisol salivaire suggère que les conduites habilitantes sont susceptibles de protéger la santé physique des salariés. Rappelons que le taux de cortisol est considéré comme un facteur pré-morbide (Lee et al., 2015), responsable à moyen/long terme de décompensations vers de multiples pathologies, telles que les troubles cardio-vasculaires, le diabète, les infections et les cancers (Adam et al., 2017 ;

Charmandari et al., 2005 ; McEwen, 2007 ; Salvagioni et al., 2017). En effet, le cortisol est impliqué dans la régulation de nombreuses fonctions de l'organisme, telles que l'immunité, l'inflammation et le métabolisme des glucides et des lipides (Thau et al., 2020). En outre, la quasi-totalité des tissus de l'organisme possède des récepteurs spécifiques du cortisol (Thau et al., 2020). Par conséquent, l'élévation chronique du taux de cortisol induite par l'exposition durable au stress et l'hyperactivation de l'axe HHS est susceptible de générer un retentissement négatif généralisé sur le fonctionnement de l'organisme et la santé de l'individu (Adam et al., 2017 ; Juster et al., 2010). En somme, nos résultats indiquent que les conduites habilitantes sont susceptibles de prévenir la survenue des pathologies du stress chronique, ou plus précisément de l'hyperactivation chronique de l'axe HHS. Cette étude fournit un argument fort en faveur de l'implémentation du LH dans les organisations de soins, au service la santé des salariés, tant sur le plan psychologique que physique.

3.4.4. Limites et perspectives

Quelques limites méritent néanmoins d'être soulignées. Pour commencer, nous ne pouvons pas exclure que l'absence d'effet de médiation soit liée à l'échelle du stress perçu. En effet, il est probable que la mesure en quatre items que nous avons retenue (Cohen et al., 1983) opérationnalise avec moins de sensibilité et de spécificité le stress perçu que la version complète en 14 items. En outre, des mesures plus récentes témoignent d'un niveau de corrélation plus important avec les variables de santé que l'échelle de Cohen et al. (1983 ; e.g., l'échelle proposée par Amirkhan, 2012). Considérant ces éléments, il nous semble qu'il serait intéressant d'investiguer à nouveau l'effet médiateur du stress perçu dans la relation entre le LH et le cortisol avec l'échelle complète de Cohen et al. (1983) et/ou avec une échelle plus récente (Amirkhan, 2012). Une mesure (présumée) plus sensible et spécifique pourrait montrer des résultats différents.

Pour finir, outre le stress perçu, la mesure du cortisol pourrait également être améliorée. En effet, certains travaux recommandent de réaliser une série de plusieurs prélèvements suite au réveil (Herr et al., 2019), afin de mesurer plus précisément le niveau maximal du pic de cortisol (i.e., le pic d'activité maximale de l'axe HHS), mais aussi de quantifier le volume total de cortisol sécrété (en calculant l'aire sous la courbe ; Herr et al., 2019 ; Pruessner et al., 2003).

Autrement dit, une étude avec plusieurs mesures au réveil serait intéressante pour confirmer nos résultats, mais aussi pour quantifier plus précisément la taille de l'effet du LH sur l'activation de l'axe HHS au réveil (O'Connor et al., 2021). De plus, la littérature plus récente montre l'intérêt de mesurer l'activité de l'axe HHS via le dosage du cortisol dans les cheveux (Lee et al., 2015). Ce type de prélèvement permet de mesurer rétrospectivement le cortisol sécrété au cours des derniers mois, et ainsi, de refléter l'exposition chronique au stress (O'Connor et al., 2021). Étudier le lien entre le LH et la concentration de cortisol dans les cheveux pourrait permettre d'investiguer l'effet durable du LH sur l'activation de l'axe HHS, et, par extension, sur la capacité à s'ajuster durablement des salariés.

Plus généralement, nous concevons l'intérêt d'investiguer les effets à moyen/long terme du LH sur la santé. En effet, certains travaux suggèrent qu'une baisse de cortisol salivaire au réveil pourrait aussi refléter un état d'épuisement et/ou l'exposition du salarié à des conditions très stressantes, auxquelles il ne peut pas s'ajuster efficacement (O'Connor et al., 2021). Dans une telle configuration, la relation négative que nous avons montrée entre le LH et le cortisol pourrait, au contraire, indiquer un effet négatif du LH sur la santé. Néanmoins, cette réinterprétation nous semble fortement improbable, en particulier si nous considérons le rôle joué par le LH dans l'atténuation de l'association positive entre le stress perçu et le niveau de cortisol salivaire au réveil. Toutefois, une étude de l'effet du LH sur l'évolution de l'épuisement à moyen terme, pourrait permettre de confirmer (ou d'infirmer) l'effet favorable sur la santé que nos résultats suggèrent.

4. ÉTUDE 3 : EFFETS DE L'INTERVENTION CHRYSALIDE SUR L'ÉVOLUTION DU LH ET DE L'ÉPUISEMENT ÉMOTIONNEL AU COURS D'UNE ANNÉE

4.1. Introduction

Plusieurs revues récentes font état d'un nombre limité d'études longitudinales et interventionnelles dans la littérature, aussi bien dans le champ du management en général que du LH en particulier (Cheong et al., 2019 ; Lee et al., 2018 ; Nielsen & Taris, 2019). Tout d'abord, les protocoles de recherche transversaux (pourtant largement majoritaires) ne permettent pas d'établir une relation de causalité entre le LH et ses conséquences et antécédents supposés (Cheong et al., 2019). À titre d'exemple, bien que l'effet positif du LH sur la performance des salariés soit largement démontré (Lee et al., 2018), nous ne pouvons pas exclure que la performance des salariés conduise également les managers à mettre en œuvre des conduites habilitantes (i.e., hypothèse de causalité inversée ; Cheong et al., 2019 ; Sharma & Kirkman, 2015). Outre l'incertitude quant à la direction de la causalité, le recueil de données transversales par auto-questionnaire est associé à des biais de mesure susceptibles d'influencer les relations entre les variables mesurées (e.g., biais d'acquiescement, biais de désirabilité sociale, biais de réactivité au test ; Spector, 2006). En revanche, la manipulation expérimentale de la variable indépendante, couplée au suivi de l'évolution des variables dépendantes en comparaison avec un groupe témoin, permet de mieux contrôler les biais de mesure et d'inférer avec une plus grande confiance l'existence et le sens de la relation causale entre les concepts étudiés. Outre l'intérêt strictement scientifique, cette démarche présente également un intérêt pratique certain. En effet, considérant les effets positifs du LH, les entreprises sont susceptibles de rechercher des outils et des méthodes pour transformer leurs pratiques managériales vers plus d'habilitation. En témoigne le mouvement des entreprises libérées qui reflète ce phénomène (Carney & Getz, 2016 ; Getz et al., 2013 ; Meissonnier, 2014). Or, au-delà de l'étude des effets du LH sur ses conséquences supposées (e.g., la performance, la santé), la conduite d'études expérimentales permet de valider scientifiquement la capacité de l'intervention à transformer le management. Par conséquent, ce type de recherches est susceptible d'alimenter la réflexion sur les méthodes

d'intervention visant le développement du LH dans les organisations (Nielsen & Taxis, 2019).

Cette question est particulièrement d'actualité dans le contexte hospitalier français. Consciente de l'intrication entre qualité des soins, santé au travail et performance économique, la HAS enjoint les établissements à un pilotage intégré de tous ces enjeux, au moyen d'une démarche d'amélioration de la QVT (HAS, 2016). Si la plupart des définitions traditionnelles envisagent la qualité de vie comme une multitude de dimensions renvoyant à un fonctionnement optimal de l'individu qui serait assimilable à un état de santé satisfaisant (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014), la définition fournie par la HAS reflète davantage un processus organisationnel participatif. Elle fait valoir que la QVT des salariés « dépend de leur capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de leur travail » (HAS, 2013, p. 35). En d'autres termes, promouvoir la QVT selon la HAS, consiste à piloter l'établissement dans et par la concertation, de manière à donner aux salariés un contrôle réel sur leur contexte de travail, au service de la santé au travail, de la qualité des soins et de la performance (HAS, 2013). En cela, les recommandations formulées aux établissements quant à la promotion de la QVT sont très proches d'une incitation à l'habilitation des salariés (Petit Dit Dariel, 2015).

Dans un tel contexte organisationnel et politique, nous concevons l'intérêt de conduire des études expérimentales visant l'implémentation du LH en contexte hospitalier. Une telle démarche pourrait permettre de créer et tester des méthodologies d'accompagnement concrètes, susceptibles d'opérationnaliser les recommandations en lien avec la QVT de la HAS et de faciliter la mise en œuvre de celle-ci dans les établissements hospitaliers, au service de l'habilitation.

Précisons, tout de même, que cette proposition est tout à fait révolutionnaire dans le contexte hospitalier français. À l'instar de nombreuses organisations traditionnelles, l'hôpital public est structuré selon un modèle bureaucratique, défini par une culture managériale axée sur la surveillance et une organisation stratifiée, contribuant dans le même temps à limiter le contrôle des salariés sur leur travail, et à diminuer l'engagement et la performance de ces derniers (Carney & Getz, 2016 ; Petit Dit Dariel, 2015). Au regard de cette situation, l'évolution souhaitée par la HAS peut relever du défi, tant elle suppose un virage important, à la fois structurel et culturel, qui interroge nécessairement sur la distribution du pouvoir dans l'établissement et la représentation que chacun (e.g., directeur, chef de service, cadre supérieur, cadre, médecin, soignant) se

fait de son rôle (Cougot et al., 2019 ; Petit Dit Dariel, 2015). Dans un tel contexte, nous pourrions craindre qu'une intervention ciblant exclusivement le management de proximité ne soit un échec.

Dans ce sens, rappelons que la littérature sur le LH montre que la direction et l'encadrement supérieur de l'entreprise déterminent l'adoption des conduites habilitantes par l'encadrement de proximité et, *in fine*, l'habilitation des professionnels de terrain (Carney & Getz, 2016 ; Dahinten et al., 2014 ; MacPhee et al., 2014 ; Migneault et al., 2009). En retour, plusieurs éléments de la littérature suggèrent que l'habilitation des subordonnés favoriserait l'adoption du LH par leurs propres managers (Cheong et al., 2019 ; Sharma & Kirkman, 2015 ; Uhl-Bien et al., 2014). En somme, le LH de la direction, le LH des managers de proximité et l'habilitation des professionnels de terrain sont inter-reliés, et cela de manière potentiellement bidirectionnelle (Cheong et al., 2019). À ce titre, dans l'introduction de cette thèse, nous soulignons l'intérêt de développer des modes d'intervention plus systémiques, qui cibleraient plusieurs niveaux de l'organisation, au service d'une augmentation du LH des managers de proximité. Ce type d'interventions nous semble particulièrement pertinent dans le contexte bureaucratique des hôpitaux français.

Nous allons présenter ici une étude interventionnelle contrôlée et randomisée, que nous avons menée au sein d'un CHU français entre 2017 et 2020. Nous poursuivrons une série de trois objectifs. Premièrement, nous testerons à nouveau la structure bifactorielle du LH. Deuxièmement, après avoir empiriquement développé le mode d'intervention dans la partie méthodologique, nous testerons l'effet contrôlé de l'intervention sur l'évolution du LH. Troisièmement, nous testerons l'effet de l'intervention sur l'évolution de la santé au travers de son influence sur le LH.

4.1.1. Objectif 1 – Confirmation longitudinale d'un modèle bifactoriel du LH

Le premier objectif de cette étude consiste à tester à nouveau la structure bifactorielle du LH. À notre connaissance, aucune étude n'avait validé auparavant un modèle bifactoriel du LH. Par conséquent, il semble primordial de confirmer les résultats que nous avons observés dans la première et la deuxième étude. En outre, le protocole longitudinal de notre étude nous permettra de tester l'invariance temporelle du modèle bifactoriel du LH, c'est-à-

dire la stabilité dans le temps de la structure factorielle que nous proposons. Si l'invariance est confirmée, il s'agira d'un élément de preuve supplémentaire en faveur d'un modèle bifactoriel du LH.

Hypothèse 1. Le modèle du LH estimé à partir du questionnaire de Konczak et al. (2000) présentera les meilleurs indices d'ajustement dans le cadre d'un modèle bifactoriel s'appuyant sur un FG LH et six FS « délégation de pouvoir », « responsabilisation », « coaching à l'auto-direction », « partage d'informations », « développement des compétences » et « droit à l'erreur pour l'innovation ».

Hypothèse 2. Le modèle bifactoriel du LH avec un FG et six FS sera invariant entre les deux temps de mesure (12 mois).

4.1.2. Objectif 2 – Conception d'une nouvelle intervention et effets sur le LH

Notre deuxième objectif consiste à développer un programme d'intervention visant l'adoption de pratiques habilitantes par les managers en milieu hospitalier, et à tester l'effet de celui-ci sur l'évolution du LH. Comme nous l'expliquions précédemment, la nature systémique de l'habilitation dans les organisations (Carney & Getz, 2016 ; Cheong et al., 2019 ; Migneault et al., 2009), ainsi que la culture et la structure bureaucratiques des hôpitaux français (Cougot et al., 2019 ; Petit Dit Dariel, 2015), nous incitent à développer une intervention qui ciblerait plusieurs niveaux de l'organisation, au service d'une augmentation du LH des managers de proximité.

Pour rappel, les études interventionnelles proposées par MacPhee et al. (2014) ainsi que Martin et al. (2012) combinaient formation, entraînement en conditions réelles et coaching individuel afin de favoriser l'adoption du LH par les superviseurs. Nous proposons d'étendre ces trois modalités d'intervention aux supérieurs des managers de proximité, c'est-à-dire à l'encadrement intermédiaire et au top-management de l'établissement. En outre, considérant la littérature (Baldwin et al., 2017 ; Blume et al., 2010 ; Colquitt et al., 2000 ; Ellis & Davidi, 2005), nous soulignons l'intérêt en introduction d'associer des temps de débriefing collectif, afin de favoriser un soutien entre les pairs et une évolution des normes groupales vers la mise en œuvre du LH. Considérant la structure stratifiée du CHU, nous proposons d'étendre ces temps à plusieurs

niveaux de l'encadrement (top-management, management intermédiaire et de proximité).

Par ailleurs, rappelons que l'habilitation des salariés serait susceptible de favoriser le LH du supérieur (Cheong et al., 2019 ; Sharma & Kirkman, 2015). Par conséquent, nous proposons de soutenir directement l'habilitation des salariés dans le dispositif interventionnel, en organisant pour chaque équipe de terrain un accompagnement collectif à la QVT cohérent avec les recommandations de la HAS (2013, 2016), c'est-à-dire favorisant l'expression et l'action des salariés sur le contenu de leur travail. Plus généralement, nous proposons que le contenu de la formation et du coaching incite les managers à combiner l'ensemble des pratiques du LH du modèle de Konczak (2000), et nous faisons l'hypothèse que l'intervention augmentera significativement le FG LH dans le groupe expérimental comparativement au groupe témoin. Nous laissons, en revanche, une question ouverte quant à l'effet de l'intervention sur les FS du LH.

Hypothèse 3. L'intervention augmentera significativement le niveau du FG LH dans le groupe expérimental en comparaison avec le groupe témoin.

4.1.3. Objectif 3 – L'effet du LH sur la santé

Considérant le fait que l'accompagnement vise une augmentation du LH des managers de proximité, et dans l'hypothèse où l'intervention aurait bien un effet significatif sur le LH, l'effet de l'intervention sur la santé pourrait être expliqué par le biais d'une influence sur le LH. De cette manière, l'étude expérimentale pourrait fournir des éléments de preuve supplémentaires de l'effet positif du LH sur la santé. Toutefois, il convient d'être prudent, puisqu'il n'est pas exclu que l'intervention puisse transformer d'autres aspects des conditions de travail des salariés (e.g., l'habilitation structurelle, le soutien des collègues, la clarté des rôles), susceptibles d'améliorer également la santé de ces derniers (Laschinger et al., 2001 ; Ogden, 2012 ; Rizzo et al., 1970 ; Seibert et al., 2011). Rappelons que l'intervention que nous proposons intègre un accompagnement collectif des équipes pour l'amélioration de la QVT (HAS, 2013, 2016). En somme, il est possible que l'effet de l'intervention sur la santé ne soit pas uniquement imputable à l'augmentation que nous espérons du LH (i.e., médiation partielle du LH). Quoi qu'il en soit, indépendamment du LH, un effet favorable de

l'intervention sur la santé constituerait un résultat également important. En effet, la santé des professionnels hospitaliers reflète une préoccupation constante aujourd'hui, dont témoignent l'actualité (Le Monde, 2020 ; Lucet, 2015), les publications scientifiques (Kansoun et al., 2019 ; Pappa et al., 2020 ; Woo et al., 2020) et les recommandations de la HAS (2013, 2016). Cette étude pourrait contribuer aux réflexions actuelles sur l'amélioration de la santé au travail des personnels hospitaliers, et fournir un modèle d'accompagnement pertinent (Pappa et al., 2020).

Considérant les résultats de nos deux premières études témoignant de l'effet positif du FG LH sur la santé, mais également des études antérieures (Bobbio et al., 2012 ; Lorinkova & Perry, 2017), nous faisons l'hypothèse que le FG LH aura un effet positif sur l'évolution de la santé. En revanche, nous laissons une question ouverte quant à l'effet des FS du LH sur l'évolution de la santé. Par ailleurs, en supposant que notre intervention augmentera bien le FG LH (Hypothèse 3), nous faisons l'hypothèse que l'effet positif de l'intervention sur l'évolution de la santé sera partiellement médié par l'évolution du FG LH. Nous laissons une question ouverte quant à l'effet médiateur des FS du LH.

Dans cette étude, nous proposons d'opérationnaliser la santé au moyen d'une mesure d'épuisement émotionnel. Comme nous l'avons vu, l'épuisement émotionnel reflète l'activation et/ou le dérèglement des mécanismes psychobiologiques de la réponse au stress (de Vente et al., 2015 ; Jönsson et al., 2015 ; Jovanovic et al., 2011 ; Toker et al., 2012), susceptibles à terme de précipiter un état de maladie (Salvagioni et al., 2017). En ce sens, l'épuisement émotionnel peut à la fois être considéré comme une issue de santé psychologique en tant que telle et un précurseur de troubles de santé physique et mentale. En outre, la prévalence de l'épuisement émotionnel est particulièrement importante chez le personnel hospitalier, qu'il s'agisse des médecins (i.e., 21% de prévalence en France ; Kansoun et al., 2019) ou des paramédicaux (i.e., 11,23% de prévalence à l'international ; Woo et al., 2020). Ces données épidémiologiques font du burnout un indicateur particulièrement pertinent de l'état de santé des professionnels hospitaliers et une cible prioritaire pour la prévention (Kansoun et al., 2019 ; Pappa et al., 2020 ; Woo et al., 2020).

Hypothèse 4. L'intervention diminuera significativement le niveau d'épuisement émotionnel dans le groupe expérimental en comparaison avec le groupe témoin

Hypothèse 5. Le FG LH diminuera significativement le niveau d'épuisement émotionnel dans le groupe expérimental en comparaison avec le groupe témoin.

Hypothèse 6. L'effet positif de l'intervention sur l'épuisement émotionnel sera partiellement médié par le FG LH.

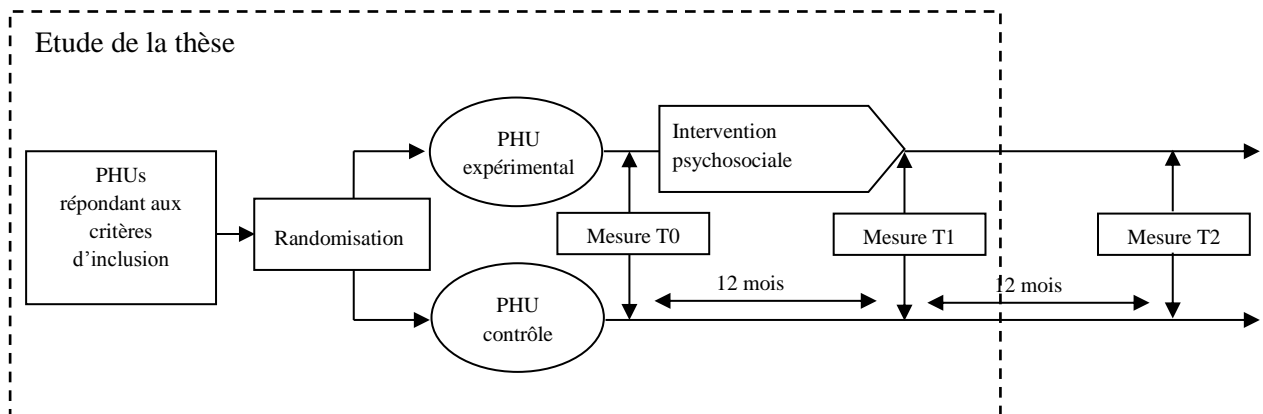
4.2. Méthode

4.2.1. Contexte et plan d'étude

L'étude a été réalisée dans le cadre du PREPS Chrysalide, financé par la DGOS depuis 2016, dans le cadre d'un appel d'offre scientifique (Cougot et al., 2019). Dans ce cadre, le protocole a obtenu un avis favorable du GNEDS avec le numéro de référence GNEDS02122018. Nous avons conduit cette étude dans un CHU français entre 2017 et 2021, selon une méthodologie interventionnelle, contrôlée et randomisée (i.e., plan d'étude expérimental ; Figure 19). L'intervention psychosociale a duré douze mois. Elle visait de manière concomitante l'ensemble des équipes, de l'encadrement de proximité, de l'encadrement intermédiaire et de la direction d'un pôle hospitalier universitaire (PHU). Par conséquent, la randomisation a été réalisée au niveau du PHU.

L'étude quantitative des effets de l'intervention associait l'évaluation par auto-questionnaire et le relevé d'indicateurs cliniques au cours de la visite médicale règlementaire réalisée dans le service de médecine du travail du CHU. Trois temps de mesure étaient prévus au protocole : une mesure initiale (T0), une mesure directement après l'intervention (T1 ; i.e., un an après le début de l'intervention), et une mesure un an après la fin de l'intervention (T2). Au moment où nous écrivons ces lignes, les données T2 sont en cours de recueil. C'est pourquoi l'étude rapportée dans ce travail de thèse portera exclusivement sur les données recueillies à T0 et à T1.

Figure 17. Plan d'étude expérimental du PREPS Chrysalide.

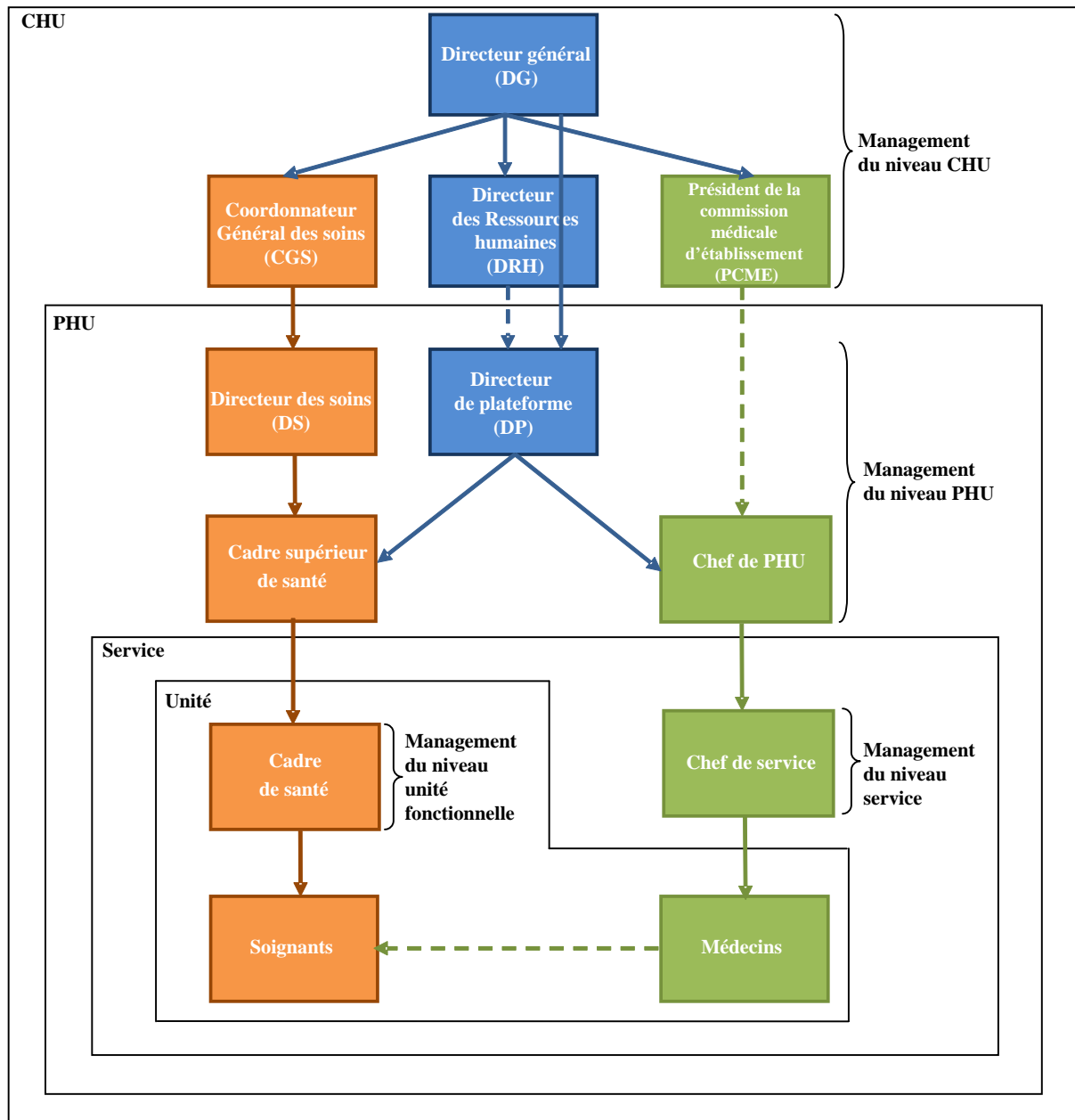


Note : PHU : pôle hospitalier universitaire.

4.2.2. Description du CHU et recrutement des PHU

Le CHU cible comprend douze PHU, regroupant cinq à six services chacun. À leur tour, les services rassemblent plusieurs unités fonctionnelles (UF), pour un total allant de 20 à 25 UF par PHU. Le nombre de salariés par PHU varie de 300 à plus de 1000 personnes. La structure de l'organisation et de la hiérarchie du CHU est représentée sur la Figure 20. Trois lignes hiérarchiques peuvent être distinguées, à savoir la ligne administrative, la ligne paramédicale et la ligne médicale, toutes trois sous l'autorité supérieure du directeur général du CHU. Cette hiérarchie à trois axes est découpée en quatre niveaux hiérarchiques principaux, à savoir le management du niveau CHU (comprenant notamment le directeur général, le coordonnateur général des soins, le directeur des ressources humaines et le médecin président de la commission médicale d'établissement), le management du niveau PHU (comprenant le directeur de plateforme, le directeur des soins, le cadre supérieur de PHU et le médecin chef de PHU), et enfin le management du niveau service et du niveau UF (porté respectivement par le médecin chef de service et le cadre de santé). En fonction de leur métier, les professionnels dépendent de l'une ou l'autre de ces lignes hiérarchiques, selon le principe d'une chaîne de commandement bureaucratique traditionnelle. Par exemple, un infirmier dépend de la ligne paramédicale tandis qu'un médecin dépend de la ligne médicale. Néanmoins, il est important de souligner que l'autorité n'est pas exclusivement hiérarchique au CHU. Par exemple, bien que les médecins ne soient pas les supérieurs hiérarchiques des soignants, ils exercent une autorité fonctionnelle sur eux et régissent une part de leur activité via la prescription médicale.

Figure 18. Structure organisationnelle et hiérarchique du CHU accueillant l'étude.



- Ligne administrative
- Ligne paramédicale
- Ligne médicale
- Autorité hiérarchique
- Autorité fonctionnelle

Note : Chaque binôme formé par un directeur de plateforme et un directeur des soins dirige un deuxième PHU dans le cadre d'une plateforme intégrant leurs deux PHU. Pour des raisons de lisibilité, nous n'avons pas fait apparaître ce niveau organisationnel. CHU : centre hospitalier universitaire ; PHU : pôle hospitalier universitaire.

Le recrutement des deux PHU, avant la randomisation de sélection du PHU expérimental, a été réalisé en collaboration avec la direction du CHU selon les critères d'éligibilité suivants :

- (1) Au niveau de l'encadrement de CHU : accord du directeur général, du directeur des ressources humaines, du président de la communauté médicale d'établissement, et du coordonnateur général des soins.
- (2) Aucune réorganisation majeure ou recomposition capacitaire prévue sur la période de l'étude.
- (3) Au niveau de l'encadrement de PHU : directeur de PHU, directeur infirmier de PHU, médecin chef de PHU et cadre supérieur de PHU également favorables au projet.
- (4) Activité à la fois médicale et chirurgicale dans le PHU.

Une première randomisation était initialement prévue afin de sélectionner aléatoirement les deux PHU qui seraient inclus dans l'étude (i.e., randomisation d'inclusion). Cependant, parmi les douze PHU que compte le CHU, seuls deux d'entre eux satisfaisaient à l'ensemble des critères. Par conséquent, nous n'avons pas eu à réaliser de tirage au sort pour sélectionner les deux PHU participants à l'étude. Tous les services des deux PHU ont a priori été considérés inclus, compte tenu de l'accord obtenu par les directeurs des PHU, considérés en autorité hiérarchique. Le médecin chef de PHU s'est chargé de l'information auprès des chefs de service, et le cadre supérieur de l'information auprès des cadres de santé.

4.2.3. Collecte des données et randomisation

La collecte des données a été réalisée par deux infirmiers de recherche clinique, deux médecins du travail et deux stagiaires en master de psychologie, sous la supervision d'un coordinateur d'étude clinique. Toute l'équipe a été recrutée spécialement pour la collecte de données de cette étude et placée sous la responsabilité directe de l'investigateur coordonnateur et promoteur du PREPS Chrysalide. Les indicateurs quantitatifs étaient collectés à l'occasion de la visite médicale règlementaire au service de santé au travail du CHU. Comme nous l'avons expliqué précédemment, ces visites médicales sont règlementaires et imposées à tout employeur par le Code du Travail français à raison d'une fois tous les cinq ans au minimum (Décret n° 2016-1908 du 27 décembre 2016 relatif à la modernisation de la médecine du travail, 2016). Dans le cadre de

cette étude, les visites ont été réalisées tous les ans et coïncidaient avec les étapes de recueil du plan expérimental (Figure 19).

Après information délivrée aux cadres de proximité, tous les professionnels travaillant dans les services de soins des deux PHU ont été invités à se présenter à une visite médicale. L'invitation consistait en l'envoi par courrier interne d'une convocation et d'une lettre d'information signée par le chef de service de santé au travail, invitant à prendre contact avec le secrétariat pour la prise de rendez-vous. Sans réponse du professionnel, deux rappels téléphoniques étaient réalisés par le secrétariat. Les consultations étaient programmées sur une période de près de trois mois. Les professionnels étaient accueillis physiquement par un infirmier de recherche clinique qui leur présentait le protocole de la recherche et procédait à l'inclusion dans l'étude selon les critères suivants :

- (1) Tout professionnel travaillant dans un service de soins, quelle que soit sa profession (e.g., chef de service, médecin, cadre de soins, infirmier, aide-soignant, technicien, secrétaire).
- (2) Consentement éclairé écrit des professionnels pour participer à la recherche quantitative.

En cas de refus de participer, le professionnel était accompagné en salle d'attente et patientait jusqu'à la rencontre avec le médecin du travail pour la visite règlementaire non standardisée. Le professionnel ayant accepté de participer était invité à compléter un questionnaire sur tablette en salle d'attente en attendant sa visite médicale (40 minutes en moyenne). Le questionnaire permettait de recueillir les indicateurs psychométriques. Le participant était ensuite invité en visite médicale par le médecin pour une durée de 35 minutes. Le médecin suivait une trame standardisée et codait les indicateurs cliniques issus de l'examen et de l'interrogatoire sur un ordinateur. À l'issue de la consultation, le médecin proposait au participant de participer à l'étude ancillaire ALOE comme nous l'avons rapporté dans l'étude N°2. Indépendamment de la participation à l'étude ALOE, le médecin pouvait adresser le participant à un infirmier de santé au travail pour la réalisation d'examen biologiques complémentaires si besoin.

Après la campagne d'inclusion et le recueil de données initial, un tirage au sort a été réalisé pour déterminer le PHU qui ferait office de PHU expérimental et celui qui ferait office de PHU contrôle. La randomisation a été réalisée par le comité scientifique du PREPS Chrysalide, qui comprend l'ensemble des chercheurs associés au projet (i.e., les co-auteurs de l'article suivant : Cougot et al., 2019). La collecte des données pour le suivi un an plus tard (T1) a été

réalisée selon la même procédure en 2019. Au moment où nous écrivons ces lignes, le recueil des données deux ans plus tard (T2) est toujours en cours au CHU.

4.2.4. Procédure expérimentale

4.2.4.1. *Logique générale de l'intervention*

Nous proposons un dispositif touchant l'ensemble du système et contractualisant d'emblée le transfert de pouvoir sous la forme d'une démarche de concertation sur la QVT pour chaque UF. Plus précisément, au prétexte d'une démarche d'amélioration de la QVT en cohérence avec la HAS, tous les acteurs, de la direction aux équipes, sont amenés à expérimenter directement un espace de dialogue et de co-construction inédit, supposant (1) pour les équipes une augmentation de l'habilitation psychologique et structurelle, (2) pour les cadres de santé et les chefs de service un management habilitant des équipes, et (3) pour la direction du PHU un arbitrage participatif des intérêts (e.g., de l'institution, des équipes, des patients) avec les équipes et un management habilitant.

Pour faciliter la rencontre et limiter les résistances liées à la tradition des rôles et rapports de pouvoir, l'ensemble de la démarche est accompagnée pour chaque service par un facilitateur (psychologue social ou sociologue) selon un protocole standardisé pensé en ce sens et pré-testé lors d'une phase pilote dans cinq unités de soins du CHU au cours des années 2015 et 2016 (Cougot & Tripodi, 2017). Les facilitateurs sont sous la responsabilité de l'investigateur-coordonnateur et bénéficient de la supervision du comité scientifique. Nous faisons l'hypothèse que ce dispositif « expérientiel » à grande échelle, voulu par la direction, et sécurisé-médiatisé par le protocole scientifique, est susceptible de faire évoluer les représentations et les pratiques de l'ensemble des acteurs vers l'habilitation.

4.2.4.2. *Grandes étapes de l'intervention*

Étape 0 :

- Préparation de l'intervention : pendant les 12 mois suivant l'annonce du financement, présentation et validation de la démarche (1) auprès du directeur général du CHU et des autres directeurs du niveau CHU ; (2) auprès des directeurs des PHU satisfaisant aux critères d'inclusion (i.e., susceptibles de devenir PHU expérimental ou contrôle) ; et enfin (3) auprès des syndicats à l'occasion de rencontres directes dans les permanences syndicales et lors d'un comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT).
- Création d'un comité de pilotage (COPIL) composé des directeurs du niveau CHU, et incluant l'investigateur coordonnateur et le chef du service de santé au travail.
- Invitation du COPIL à visiter une entreprise « libérée » reconnue pour son management habilitant et à rencontrer son président directeur général (PDG).
- Cette phase se termine par la randomisation et le recueil de données T0 au service de santé au travail.
- Objectifs : nous espérons ici (1) créer une alliance et une relation de confiance entre l'équipe d'investigation et chacun des acteurs, (2) convaincre et obtenir l'engagement oral de chacun des acteurs à soutenir le dispositif, (3) mobiliser l'influence du protocole, conférée par sa scientificité et le prestige du financement (i.e., projet financé par le Ministère de la Santé), (4) mobiliser l'influence des recommandations de la HAS, (5) mobiliser l'influence d'une entreprise reconnue et le charisme de son PDG, et (6) mobiliser l'influence des pairs rencontrés dans une entreprise extérieure, tout ceci afin de (a) favoriser l'identification et l'acculturation des directeurs d'établissement (niveau CHU et PHU) à l'habilitation et au LH, et de (b) développer le pré-engagement de ces derniers dans le dispositif. En effet, l'acculturation et l'engagement de la direction sont reconnus comme un prérequis indispensable à l'implémentation du LH dans les organisations, et plus généralement à toute transformation des pratiques managériales (Blume et al., 2010 ; Carney & Getz, 2016). Il s'agit ici de facteurs contrôlés expérimentalement, puisque les directeurs de l'ensemble des PHU satisfaisant aux critères d'inclusion bénéficient du même traitement avant

la randomisation d'inclusion et la randomisation de sélection du PHU intervention.

Étape 1 :

- Début de l'intervention : intégration de la direction du PHU expérimental dans le COPIL et séminaire de formation n°1. Le séminaire est à destination des cadres de santé, des chefs de service et de la direction du PHU expérimental, et implique également la direction du CHU. Il se déroule sur une demi-journée, introduite par le directeur général du CHU, le médecin chef de PHU et le cadre supérieur de PHU, suivi par la présentation du protocole d'intervention et d'une formation au LH. La formation comporte (1) des apports théoriques sur les différents types de motivation (Gagné et al., 2015), l'habilitation psychologique (Spreitzer, 1995a), le LH (Konczak et al., 2000) et les issues favorables attendues (Gagné et al., 2015 ; Lee et al., 2018), et (2) l'intervention du PDG d'une entreprise libérée reconnue en France pour son management habilitant et son niveau de performance. Le PDG partage son expérience personnelle de transformation vers l'habilitation et anime ensuite un atelier débat sur ces pratiques avec l'investigateur coordonnateur. Les participants sont ensuite invités à poursuivre les échanges dans la convivialité autour d'un buffet déjeuner. Les facilitateurs sont présentés à l'ensemble de l'assemblée.
- Objectifs : nous espérons mobiliser ici (1) l'influence du directeur général du CHU et des directeurs du niveau PHU, (2) l'influence du protocole (conférée par sa scientificité et le prestige du financement), (3) mobiliser l'influence des recommandations de la HAS, (4) des connaissances sur le LH et ses conséquences favorables, (5) l'influence d'un PDG charismatique, célèbre et extérieur à l'établissement, (6) l'influence des pairs dans le collectif managérial du pôle au cours de l'atelier débat et du déjeuner, tout cela afin de favoriser (a) l'identification et l'acculturation au LH de toute la chaîne hiérarchique, (b) l'engagement dans l'intervention, (c) et le changement comportemental vers l'adoption des conduites habilitantes dans le PHU intervention.

Étape 2 :

- Phase de diagnostic qualitatif et d'engagement des unités pendant plusieurs mois : les facilitateurs rencontrent les cadres de santé et les

chefs de service. Ils présentent le dispositif d'accompagnement aux équipes médico-soignantes. Ils réalisent ensuite des entretiens de recherche exploratoires avec les professionnels sur une période de trois mois. Les facilitateurs sont encouragés à réaliser le plus possible d'entretiens afin de rencontrer un maximum de personnes. Puis ils rédigent, pour chaque unité, un livrable qualitatif rapportant les ressources et contraintes perçues par l'équipe. Le livrable ne doit contenir aucune préconisation, de telle sorte que toute proposition d'amélioration vienne des équipes dans une logique d'habilitation. Les livrables sont ensuite validés par le comité scientifique de Chrysalide.

- Objectifs : par cette phase de rencontres et d'entretiens individuels, nous espérons favoriser (1) l'alliance des facilitateurs avec les managers de proximité (i.e., cadres de santé et chefs de service) et les membres des équipes médico-soignantes, et (2) engager l'ensemble des professionnels dans le dispositif.

Étape 3 :

- Phase de restitution des livrables à la hiérarchie pendant un mois : les facilitateurs et le comité scientifique restituent l'intégralité des livrables au COPIL pour validation. Puis, les facilitateurs présentent leurs livrables aux managers de proximité (i.e., chefs de service et cadres de santé), dans une logique de coaching.
- Objectifs : prodiguer un conseil managérial et préparer à l'accompagnement, à la fois, la direction du CHU et du PHU, et les managers de proximité.

Étape 4 :

- Séminaire de formation n°2 à destination des cadres de santé, des chefs de service et de la direction du PHU expérimental, et impliquant la direction du CHU. Comme le premier séminaire cinq mois plus tôt, l'évènement est introduit par le directeur général, le médecin chef de PHU et le cadre supérieur de santé. L'investigateur coordonnateur présente en détail les modalités d'accompagnement d'équipe prévues au protocole et les pratiques de management recommandées (i.e., le LH). Deux nouveaux intervenants extérieurs interviennent, un PDG et l'un de ses cadres de proximité, issus d'une entreprise libérée reconnue en France pour son management habilitant et sa performance. Les deux intervenants partagent

alternativement leurs vécus respectifs de la même transformation de manière participative, puis coanimé avec l'investigateur coordonnateur un atelier débat sur la mise en place de l'accompagnement à venir et les pratiques managériales. L'ensemble des participants est ensuite invité à poursuivre les échanges dans la convivialité autour d'un buffet déjeuner.

- Objectifs : nous cherchons encore une fois à mobiliser l'ensemble des influences déjà citées à l'étape 1, ceci afin de mobiliser toute la chaîne hiérarchique vers un management habilitant dans l'implémentation de l'étape 5.

Étape 5 :

- Restitution, mise en débat collectif des livrables et présentation du plan d'accompagnement dans chaque UF, pour un total de 20 à 25 restitutions à l'échelle du PHU intervention, sur une durée d'un mois. Chaque réunion rassemble l'ensemble de l'équipe médico-soignante, le cadre de santé, le chef de service, le cadre supérieur de soins, le directeur des soins, le directeur de plateforme et le directeur des ressources humaines du CHU. Après un tour de table, et après avoir présenté le plan, le facilitateur lit, fait valider par l'équipe, et met en débat collectif chaque partie de l'analyse qualitative. Il médiatise le débat entre tous les acteurs, et favorise l'émergence de pistes de solutions. Pour finir, il propose le plan d'accompagnement collectif par groupe de travail local et en concertation avec la direction¹³.
- Objectifs : (1) convaincre les équipes de la réalité du processus de concertation et (2) les engager dans le dispositif au service de leur habilitation psychologique et structurelle.

Étape 6 :

- Phase de montage, lancement et accompagnement de groupes de travail sur la QVT dans chaque unité, sur une période de trois mois. Lors d'une réunion de post-restitution, les groupes sont autodéterminés par l'équipe médico-soignante dans leur composition (nombre et métiers) et leurs objectifs. Les groupes de travail et/ou de recherche déjà existant sont

¹³ Précisons que les modifications proposées par l'équipe sont intégrées au livrable, et que celui-ci est ensuite imprimé en nombre suffisant et distribué, de telle sorte que chaque professionnel de l'unité puisse posséder un exemplaire. Cette démarche d'accessibilité et de transparence s'inscrit dans une logique d'habilitation des professionnels de première ligne.

intégrés dans la démarche. Les groupes doivent être portés par deux référents : un référent médical et un référent paramédical (infirmier ou aide-soignant ou agent des services hospitaliers) soutenu par le cadre de proximité. Le chef de service et le cadre infirmier jouent un rôle de soutien auprès des référents et des groupes, de mutualisation des développements entre les différents groupes, et de synthèse globale dans l'incarnation d'une vision de service. Le facilitateur assure un travail de mobilisation et de soutien des référents et des groupes, tout en assurant un accompagnement personnalisé et un conseil managérial au cadre et au chef de service. Une fois par mois, le cadre supérieur de santé coanime avec l'investigateur coordonnateur une réunion avec les cadres du PHU expérimental sur les pratiques de management (i.e., coaching et débriefing collectif).

- Objectifs : favoriser de manière concomitante (1) l'engagement et l'habilitation psychologique et structurelle des équipes, et (2) l'adoption des pratiques habilitantes par l'encadrement de proximité et la direction du PHU.

Étape 7 :

- Réunions de concertation dans chaque unité de soins, sur une durée d'un mois. Comme lors de la phase de restitution, les concertations rassemblent l'équipe médico-soignante, le cadre de santé, le chef de service, le cadre supérieur de santé, le directeur des soins, le directeur de plateforme et le directeur des ressources humaines. Les thèmes évoqués en concertation sont définis par les groupes de travail sur la QVT dans une logique ascendante, et communiqués en amont par l'investigateur coordonnateur au COPIL lors d'une réunion de préparation de la direction aux concertations.
- Les concertations : après un tour de table, les référents de groupe de travail présentent les améliorations mises en place (par les groupes de travail) et formulent leurs demandes éventuelles de soutien nécessitant la mobilisation de marges de manœuvre structurelles. Les directeurs valorisent l'engagement et les innovations, participent activement à la réflexion collective d'amélioration, arbitrent la mobilisation de leurs marges de manœuvre directoriales, tout en informant et en acculturant aux enjeux de l'établissement (e.g., contraintes économiques, réglementaires, matérielles). Le cadre de santé est encouragé à poser le cadre de la

réunion et à assurer la médiation des échanges entre l'équipe et la direction, avec le soutien du facilitateur.

- Objectifs : favoriser de manière concomitante (1) l'engagement et l'habilitation psychologique et structurelle de l'équipe, (2) le transfert des fonctions de facilitation au cadre de proximité et au chef de service, conçu comme un aspect du LH, et (3), aux niveaux CHU et PHU, un pilotage directorial associant l'intelligence collective de terrain.

Étape 8 :

- Phase d'ajustement structurel, sur une durée de deux mois : suite aux concertations, les directeurs mettent en œuvre les décisions et propositions qu'ils ont faites, en veillant à tenir leurs engagements et/ou à communiquer avec les équipes en cas d'imprévus. Les actions directoriales sont coordonnées dans le cadre du COPIL rassemblant la direction du PHU, le directeur des ressources humaines du CHU, l'investigateur coordonnateur et les facilitateurs. L'encadrement du niveau PHU est encouragé à intervenir directement auprès des équipes. Les facilitateurs préparent leur départ et encouragent les cadres de santé et chefs de service à maintenir les groupes de travail et leurs référents. L'encadrement de proximité organise un temps en équipe pour dire au revoir au facilitateur, faire la synthèse de l'accompagnement et discuter collectivement des perspectives pour le futur.
- Objectifs : amorçage d'une boucle d'amélioration continue du travail, combinant (1) LH par les managers de proximité, (2) pilotage directorial de la performance via la concertation et le LH par la direction du PHU, et (3) engagement et habilitation psychologique et structurelle pour les équipes.

4.2.4.3. Procédure dans le PHU contrôle

Le PHU contrôle bénéficie uniquement du suivi annualisé dans le service de médecine du travail, servant la mesure des indicateurs à T0, à T1 et à T2. Les participants à l'étude quantitative réalisée lors des visites médicales ne sont à aucun moment informés du tirage au sort à venir et de la réalisation d'un accompagnement futur dans un des deux PHU. Ce dispositif permet de bien dissocier, d'une part, le suivi règlementaire en santé au travail et l'étude

quantitative commune aux deux PHU, et, d'autre part, l'intervention psychosociale spécifique au PHU expérimental. Tous les participants s'engagent donc pour un suivi longitudinal indépendant de toute intervention. Durant la période d'intervention auprès du PHU expérimental, le PHU témoin fonctionne selon un management bureaucratique traditionnel au sein du CHU, respectant la chaîne de commandement classique.

4.2.5. Participants à l'étude

Le recueil de données initial a permis de constituer un échantillon T0 de 981 participants (Tableau 16), avec un taux de représentation de 67% pour le PHU expérimental et de 59% pour le PHU contrôle. La majorité de l'échantillon est constituée d'IDE (n = 390) et d'AS (n = 252), avec un nombre plus faible de médecins (n = 158), d'ASH (n = 36) et de secrétaires (n = 87), en cohérence avec la distribution des métiers dans le milieu hospitalier. Toutefois, nous constatons que les IDE, les AS et les secrétaires sont les métiers les mieux représentés, avec des taux de participation supérieurs à 70%. Les médecins et les ASH ont montré une participation moins importante, avec respectivement un taux de participation de 50% et de 53% dans le PHU expérimental, et de 38% et 32% dans le PHU contrôle. Le recueil T1, directement après l'intervention, nous a permis de suivre 654 participants parmi les 981 inclus à T0, pour un taux de suivi de 62% dans le PHU expérimental et de 69% dans le PHU contrôle. Nous n'observons pas de différence significative entre les métiers dans le taux de suivi à T1, que nous considérons le PHU expérimental ($\chi^2(5) = 4,57 ; p = 0,47$) ou le PHU contrôle ($\chi^2(5) = 1,83 ; p = 0,87$).

Afin de constituer un échantillon pertinent pour l'étude de l'effet de l'intervention, nous avons identifié, parmi l'ensemble des 981 participants à T0, ceux qui avaient changé d'unité entre T0 et T1. En effet, si des participants ont changé de poste entre les deux temps de mesure, la différence observée entre les réponses à T0 et à T1 peut nous indiquer un changement de lieu de travail et non une transformation des conditions de travail rapportées à T0. Par conséquent, conserver ces participants dans l'étude de l'effet de l'intervention est susceptible de biaiser les résultats. Nous avons procédé à l'exclusion de 96 participants qui avaient participé aux deux temps de mesure, mais qui avaient changé de service entre T0 et T1. Les personnes qui n'ont pas pu participer à T1 et qui n'ont pas changé de poste entre les deux temps de mesure, auraient pu nous renseigner

directement sur l'effet de l'intervention. Par ailleurs, l'absence de suivi de ces participants est également susceptible de biaiser l'étude de l'effet de l'intervention (Dong & Peng, 2013). En effet, la non-participation à T1 pourrait ne pas être le fruit du hasard, mais au contraire, une conséquence directe de l'intervention elle-même (Graham, 2009 ; Rubin, 1976). Par exemple, nous pouvons imaginer qu'un participant qui aurait été déçu par l'intervention décide de ne pas participer au suivi, estimant qu'il n'a plus de temps à perdre. Nous pouvons aussi imaginer qu'un participant très satisfait de l'intervention décide de ne pas venir en visite médicale pour le suivi, estimant qu'il n'en a plus besoin considérant son état de santé satisfaisant. Ces exemples permettent d'illustrer en quoi l'impossibilité de suivre l'ensemble des personnes est susceptible de biaiser les résultats sur les effets de l'intervention. Pour contrôler ce biais, il est recommandé de procéder à une estimation des données manquantes, comme nous le détaillerons plus loin (i.e., chapitre 4.2.7.2. ; Graham, 2009). C'est pourquoi nous avons tout de même conservé dans l'échantillon les 211 participants à T0 qui n'avaient pas participé à T1 et qui n'avaient pas changé de service pendant l'intervention.

Enfin, afin de s'assurer que le PHU contrôle demeure un groupe de comparaison par rapport au PHU expérimental, nous avons identifié et exclu les 19 participants du PHU contrôle qui déclaraient avoir participé à une démarche d'amélioration de la QVT tout au long de la durée de l'intervention. Ces trois étapes nous ont permis de constituer un échantillon de 751 participants pour l'étude de l'effet de l'intervention entre T0 et T1 (Tableau 16). Cet échantillon a également été utilisé pour tester l'invariance de la mesure du LH.

Tableau 16. Echantillons de l'étude Chrysalide

<i>Catégorie à T0</i>	Participation à T0		Participation à T0 et à T1		Participation à T0 et à T1 sans changement de poste à T1	Participation à T0 sans changement de poste à T1	Participation à T0 sans changement de poste à T1 et sans participation déclarée à une démarche d'amélioration de la QVT dans le PHU témoin
	<i>n</i>	<i>Représentation (%)</i>	<i>n</i>	<i>Taux de suivi (%)</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>
PHU Intervention	566	67	363	64	302	441	441
PHU Témoin	415	59	291	70	257	329	310
<i>Total</i>	981	63	654	67	559	770	751
PHUE IDE	260	78	161	62	137	205	205
PHUE AS	135	70	83	61	71	113	113
PHUE ASH	20	53	8	40	7	15	15
PHUE Secrétaire	48	80	36	75	36	43	43
PHUE Médecin	72	50	35	49	29	43	43
PHUE autres	31		26	84	21	22	22
PHUC IDE	130	76	96	74	86	103	99
PHUC AS	117	80	82	70	73	103	96
PHUC ASH	16	32	11	69	9	11	10
PHUC Secrétaire	39	81	25	64	23	30	28
PHUC Médecin	86	38	49	57	47	62	60
PHUC autres	27		22	81	17	20	17

Note. PHUE : PHU expérimental ; PHUC : PHU contrôle ; IDE : infirmier diplômé d'état ; AS : aide-soignant ; QVT : qualité de vie au travail.

4.2.6. Mesures exploitées dans cette étude

4.2.6.1. *Le leadership habilitant (LH)*

Le LH était mesuré avec l'échelle LEBQ de Konczak et al. (2000). Nous avons utilisé la même version française que dans l'Étude 1 et l'Étude 2. L'échelle est composée de 17 items permettant de mesurer six dimensions (Tableau 2).

4.2.6.2. *L'épuisement émotionnel*

L'épuisement émotionnel était mesuré au moyen de cinq items (e.g., « Mon travail m'épuise », « Je sens que je suis au bout du rouleau ») proposés par Maslach et Schaufeli (1993).

4.2.6.3. *Variables sociodémographiques*

Nous avons également recueilli des informations sur l'âge, le sexe, le métier, l'ancienneté au sein du CHU, l'ancienneté dans l'UF, le temps de travail (temps plein versus temps partiel), le type de contrat de travail (e.g., titulaire de la fonction publique, contrat à durée déterminée), le service, et l'UF.

4.2.7. Analyses

4.2.7.1. *Modélisation du LH*

Pour commencer, nous avons testé la structure bifactorielle du LH à partir des données recueillies à T0 (n = 981). Toutes les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel Mplus 8.3 (Muthén & Muthén, 2017). Les modèles étaient estimés au moyen de l'estimateur du MLR. Nous avons employé la même stratégie d'analyses que dans nos deux premières études en nous appuyant sur les travaux de Morin et ses collègues (Gillet et al., 2019 ; Morin et al., 2016 ; Tóth-Király et al., 2018). Plus précisément, nous avons estimé quatre modèles distincts du LH : (1) un modèle CFA à six facteurs corrélés entre eux et définis par leurs items respectifs (i.e., modèle de Konczak et al., 2000) ; (2) un modèle ESEM avec toujours les même six facteurs corrélés, mais en envisageant que les items

puissent simultanément définir plusieurs dimensions ; (3) un modèle BCFA avec sept facteurs indépendants, dont six FS définis par leurs items spécifiques et un FG défini par l'ensemble des items du LH ; et (4) un modèle BESEM reprenant la même structure que le modèle BCFA, mais en envisageant que les items puissent également contribuer à définir les autres FS, et non plus seulement leurs FS dédiés et le FG (Figure 15).

Ensuite, nous avons évalué l'ajustement des modèles au moyen du CFI, du TLI et du RMSEA. Nous avons retenu les mêmes valeurs seuils que Gillet et al. (2019) pour interpréter les indices, en cohérence avec les propositions de Marsh et al. (2009) : un CFI et un TLI supérieurs ou égaux à 0,90 et à 0,95 indiquent respectivement un ajustement acceptable et excellent aux données. Un RMSEA inférieur à 0,08 et à 0,06 indique respectivement un ajustement acceptable et excellent. Lors de la comparaison de modèles issus d'un même échantillon, Chen (2007) recommande de considérer comme équivalents les modèles dont le TLI et le CFI diffèrent de moins de 0,01 et dont le RMSEA diffère de moins de 0,015.

Enfin, nous avons procédé à la comparaison des quatre modèles, à la fois sur la base des indices d'ajustement et sur la valeur des paramètres estimés dans les modèles. Premièrement, nous avons comparé les modèles CFA et ESEM. Le modèle ESEM était préféré à condition (1) qu'il soit correctement défini, (2) que les indices d'ajustement soient meilleurs, et (3) que les corrélations entre facteurs diminuent avec la prise en compte des saturations croisées (Marsh et al., 2009). Deuxièmement, nous avons comparé le modèle CFA ou ESEM retenu avec le modèle bifactoriel correspondant. Le modèle bifactoriel était préféré à condition (1) que les indices d'ajustement soient meilleurs, (2) que le FG soit bien défini par l'ensemble des items de l'échelle, et (3) que les facteurs spécifiques soient correctement définis (Gillet et al., 2019 ; Morin, Arens, et al., 2016). Les coefficients des paramètres estimés pour chaque modèle ont été standardisés (λ). Nous avons également calculé et renseigné pour chaque facteur le coefficient omega de fiabilité composite (ω).

4.2.7.2. *Étude de l'invariance du LH et de l'épuisement émotionnel*

Dans un deuxième temps, nous avons testé l'invariance du modèle de mesure du LH et de l'épuisement émotionnel entre T0 et T1. Les analyses ont été réalisées

auprès de l'échantillon visant à étudier l'effet de l'intervention ($n = 751$). Toutes les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel *Mplus* 8.3 (Muthén & Muthén, 2017). Les modèles ont été estimés au moyen de l'estimateur MLR. Les données manquantes ont été imputées avec la méthode FIML. Cette méthode présente l'intérêt d'être utilisable dans le cadre des analyses en équation structurelle, directement lors de l'estimation du modèle (Enders & Bandalos, 2001 ; Jeličić et al., 2009 ; Muthén & Muthén, 2017). Elle consiste à remplacer les valeurs manquantes par des valeurs probables, déduites des valeurs observées sur les autres variables mesurées, au travers de la modélisation de la relation entre l'ensemble des variables (Jeličić et al., 2009). Plus précisément, l'algorithme estime en même temps les données manquantes, les paramètres du modèle et l'erreur standard (Enders & Bandalos, 2001 ; Graham, 2009). La littérature témoigne d'une efficacité équivalente entre la méthode FIML et la méthode d'imputation multiple (i.e., la méthode que nous avons utilisée dans l'étude N°2), y compris avec des données longitudinales (Enders & Bandalos, 2001 ; Graham, 2009 ; Larsen, 2011).

L'étude de l'invariance temporelle du LH et de l'épuisement émotionnel a été réalisée en suivant la même procédure que Gillet et ses collègues (2020), reprise des travaux de Millsap (2012). L'idée consiste à déterminer si le modèle peut être défini de la même manière, quel que soit le temps de mesure considéré tout en s'ajustant correctement aux données (Schmitt & Kuljanin, 2008). Plus concrètement, la démarche consiste à estimer dans un même modèle les facteurs à T0 et à T1, en contraignant une estimation des paramètres à l'identique entre les deux temps de mesure, puis à évaluer la qualité de l'ajustement. L'invariance est considérée comme totale lorsque les paramètres sont contraints à l'identique aux deux temps de mesure (Schmitt & Kuljanin, 2008).

Pour commencer, nous avons spécifié le modèle du LH retenu précédemment, avec en plus un modèle CFA pour l'épuisement émotionnel, à T0 et à T1 selon la séquence suivante. Premièrement, nous avons testé l'« invariance configurale » (Schmitt & Kuljanin, 2008). Un tel modèle suppose que les items sont associés aux mêmes construits à T0 et à T1 (Cheung & Rensvold, 2002). Deuxièmement, nous avons spécifié un modèle avec « invariance faible », c'est-à-dire en ajoutant, en plus de la configuration factorielle, la contrainte d'une estimation à l'identique des saturations factorielles des items sur les facteurs à T0 et à T1. Cela suppose que l'intensité de la relation entre les items et les variables latentes est la même, quel que soit le temps de mesure (Cheung & Rensvold, 2002). Troisièmement, nous avons

spécifié un modèle avec « invariance forte », en contraignant en plus une estimation à l'identique des points d'intersection (« intercept ») à T0 et à T1. Ce modèle suppose que les différences indiquées par les items entre les deux temps de mesure sont les mêmes d'un item à l'autre (Cheung & Rensvold, 2002). Quatrièmement, nous avons estimé un modèle avec « invariance stricte », en spécifiant en plus une contrainte d'égalité sur la variance résiduelle des items à T0 et à T1. Un tel modèle suppose que les items représentent les construits avec le même niveau d'erreur de mesure, quel que soit le temps de mesure considéré (Cheung & Rensvold, 2002). Pour finir, nous avons estimé un modèle avec « invariance des variances et covariances », et enfin un sixième modèle en contraignant en plus les moyennes latentes à l'égalité entre les deux temps de mesure (i.e., « invariance des moyennes latentes »). Ce dernier modèle comporte l'ensemble des contraintes listées précédemment, et suppose en plus l'invariance des construits mesurés, c'est-à-dire la concordance parfaite de leurs moyennes, variances et covariances entre les deux temps de mesure (Cheung & Rensvold, 2002). La confirmation de ce type d'invariance fournit la démonstration de l'invariance temporelle des construits mesurés, et représente un prérequis (idéal) pour étudier l'effet de l'intervention à l'appui des facteurs estimés (Cheung & Rensvold, 2002).

Nous avons ensuite évalué la qualité de l'ajustement de chacun des modèles en reprenant les mêmes indices que précédemment, à savoir le CFI, le TLI et le RMSEA. Puis, nous avons procédé à une comparaison pas-à-pas des six modèles invariants, en évaluant à chaque étape la variation du CFI, du TLI et du RMSEA. Suivant la démarche de Gillet et al. (2020), et en adéquation avec les seuils de Chen (2007), chaque type d'invariance peut être confirmé, lorsque la différence observée avec le précédent modèle (moins contraint) est inférieure 0,10 pour le CFI et le TLI, et inférieure à 0,015 pour le RMSEA. Enfin, rappelons que la bonne définition des facteurs est un critère incontournable pour retenir une solution factorielle, en particulier celle du FG dans le cadre des modèles bifactoriels (Morin et al., 2016). Pour cette raison, nous nous sommes assurés de la bonne définition des facteurs du LH et de l'épuisement émotionnel dans le sixième modèle de mesure avec invariance des moyennes latentes.

4.2.7.3. *Étude de l'effet de l'intervention sur l'évolution du LH et de l'épuisement*

Toutes les analyses de l'effet de l'intervention ont été réalisées à partir de l'échantillon des 751 participants (1) qui avaient au moins participé au recueil de données à T0, (2) qui n'avaient pas changé de service sur toute la durée de l'intervention et (3) qui n'avaient pas bénéficié d'un accompagnement sur la promotion de la QVT dans le PHU contrôle.

4.2.7.3.1. Le choix des modèles linéaires mixtes (MLM)

Dans le cadre de notre étude, la structure hiérarchique des données est susceptible de violer l'hypothèse d'indépendance des observations (Singmann & David, 2018). Rappelons que les participants appartiennent à des UF, elles-mêmes intégrées dans des services de soins, qui sont eux-mêmes intégrés dans des PHU. Par conséquent, il est possible d'observer une forte inter-corrélation des réponses au sein de chaque UF (et service). Dans ce cas, les variations dans les réponses individuelles traduisent (au moins partiellement) un effet de l'UF (et du service) d'appartenance (Arrègle, 2003). Dans cette configuration, il n'est pas exclu que l'effet de l'intervention (i.e., un effet du PHU) sur les variables dépendantes soit en fait à attribuer à un effet de l'UF. Par exemple, imaginons que, indépendamment de l'intervention, une UF du PHU expérimental augmente fortement son niveau de LH entre T0 et T1. Dans une telle situation, nous pourrions être amenés à surestimer l'effet de l'intervention sur le LH, ou même à conclure à tort à l'existence d'un tel effet (i.e., erreur de Type I). Dans un tel cas de figure, le contrôle statistique de la variable UF dans un modèle de régression linéaire multiple s'avèrerait contre-productif. En effet, le fait que la variable UF soit intégrée dans la variable PHU implique que la variance de la variable dépendante expliquée par la variable PHU est susceptible d'être totalement expliquée par la variable UF. L'ajustement statistique du modèle de régression multiple sur la variable UF est alors susceptible de masquer totalement l'effet du PHU et donc de l'intervention. Dans une telle situation, nous pourrions conclure à tort à l'absence d'effet de l'intervention sur la variable dépendante (i.e., erreur de Type II).

La méthode des modèles linéaires mixtes (MLM) permet de résoudre ce problème en offrant la possibilité de décomposer les sources de variance dans le modèle (Bliese et al., 2018 ; Singmann & David, 2019). Tout d'abord, ils

permettent de modéliser (et d'estimer) « les effets fixes », c'est-à-dire l'effet des variables indépendantes sur la variable dépendante, comme dans une régression linéaire multiple classique. Mais leur véritable originalité réside dans l'opérationnalisation des « effets aléatoires », c'est-à-dire dans la possibilité de modéliser le terme d'erreur du modèle en fonction d'une variable dont les niveaux sont aléatoirement issus de notre échantillonnage (e.g., la variable UF qui est intégrée dans la variable d'intérêt PHU, et dont les modalités structurent notre échantillon et pourraient introduire de la covariance « parasite »). En d'autres termes, les MLM permettent de contrôler statistiquement la variabilité de la variable dépendante liée à la singularité de notre échantillon, et d'obtenir une estimation plus généralisable des effets fixes considérés dans la recherche (Baayen et al., 2008 ; Singmann & David, 2019).

4.2.7.3.2. Éléments généraux sur les modèles estimés

Considérant la structure hiérarchique de nos données, l'ensemble des analyses statistiques liées à l'effet de l'intervention a été réalisé avec la méthode des MLM. Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel R avec le package « lme4 » (Bates et al., 2014). Les paramètres des modèles étaient estimés au moyen de l'estimateur du « maximum de vraisemblance restreinte » (REML ; Corbeil & Searle, 1976 ; Gilmour et al., 1995). Toutes les analyses ont été menées sur la base des scores factoriels invariants extraits à partir du modèle retenu lors des précédentes analyses factorielles (i.e., modèle le plus invariant) et dans un format standardisé (moyenne = 0, écart-type = 1).

Pour chaque modèle, nous avons considéré comme variable dépendante la différence de scores entre T1 et T0, afin d'opérationnaliser l'évolution de l'indicateur au niveau intra-individuel. À chaque fois, nous avons ajusté les modèles en intégrant en effet fixe les variables sociodémographiques contrôlées (i.e., âge, sexe, métier, ancienneté, temps de travail et contrat de travail) et la valeur de la variable dépendante à T0, comme préconisé par Macphee et leurs collègues (2014a, 2014b). L'effet de l'intervention était testé en intégrant la variable PHU (PHU intervention versus PHU contrôle) comme un effet fixe. Les coefficients de régression ont été renseignés, ainsi que la probabilité d'erreur dans le rejet de l'hypothèse nulle associée à chaque coefficient de régression. Dans chaque modèle, la variable UF était spécifiée selon un effet aléatoire afin de contrôler statistiquement l'effet UF. De cette façon, le logiciel estime la

moyenne sur la variable dépendante de chaque UF, c'est-à-dire un point d'intersection différent pour chaque UF de la droite de régression (Baayen et al., 2008). Nous avons (à chaque fois) renseigné la variance et l'écart-type de ce paramètre, ainsi que la variance et l'écart-type des résidus, et le coefficient de corrélation intra-classe (CCI). Le CCI varie entre 0 et 1 et représente la part de la variance de la variable dépendante expliquée par la variable intégrée selon un effet aléatoire (i.e., la variable UF ici ; Nakagawa & Schielzeth, 2013). Plus le CCI est élevé, plus les UF expliquent une part importante des variations de la variable dépendante. Précisons qu'il est recommandé de tenir compte de l'effet aléatoire même si le CCI est très bas, dans la mesure où même un CCI non significatif à partir d'un test F de comparaison des variances est susceptible de biaiser les résultats (Bliese et al., 2018).

4.2.7.3.3. Étude de l'effet de l'intervention

Nous avons réalisé une série de MLM afin d'investiguer (1) l'effet de l'intervention sur le LH, (2) l'effet de l'intervention sur l'épuisement émotionnel, et (3) l'effet médiateur du LH dans la relation entre l'intervention et l'épuisement émotionnel. Pour commencer, nous avons estimé sept MLM expliquant l'évolution de chacun des facteurs du LH. Nous avons ainsi pu investiguer l'effet contrôlé de l'intervention sur l'évolution du FG LH (MLM1) et des FS délégation de pouvoir (MLM2), responsabilisation (MLM3), coaching à l'auto-direction (MLM4), partage d'informations (MLM5), développement des compétences (MLM6) et droit à l'erreur pour l'innovation (MLM7). Ensuite, nous avons estimé un MLM expliquant l'évolution de l'épuisement (MLM8). Nous avons ainsi pu investiguer l'effet contrôlé de l'intervention sur l'évolution de l'épuisement émotionnel. Le modèle a également été ajusté sur le FG et les six FS du LH à T0. Cet ajustement supplémentaire a été effectué pour deux raisons. Tout d'abord, il permet d'investiguer l'effet prédictif du FG et des FS LH sur l'évolution de l'épuisement émotionnel un an plus tard. En outre, cet ajustement permet de faire de ce modèle un référentiel de comparaisons pour déterminer ensuite l'effet médiateur de l'évolution du LH, comme nous allons le voir ci-dessous.

Enfin, suivant une logique de régression hiérarchique, nous avons estimé un neuvième MLM identique à MLM8, mais dans lequel nous avons en plus spécifié un effet fixe rendant compte de l'évolution du FG et des six FS du LH

(MLM9). Ce modèle nous permet d'investiguer l'effet de l'évolution du LH sur l'évolution de l'épuisement émotionnel, mais aussi l'effet médiateur de l'évolution du LH dans la relation entre l'intervention et l'évolution de l'épuisement émotionnel. Suivant les critères de Baron et Kenny (1986), nous pouvons conclure à un effet médiateur de l'évolution du LH à condition : (1) que l'intervention témoigne d'un effet significatif sur l'évolution du LH et de l'épuisement émotionnel (i.e., avec M1, M2, M3, M4, M5, M6, M7 et M8), (2) que l'évolution du LH témoigne d'un effet significatif sur l'évolution de l'épuisement émotionnel (i.e., avec M9), et (3) que l'introduction du LH dans l'explication de l'évolution de l'épuisement contribue à diminuer la valeur du coefficient de régression de l'intervention dans l'explication de l'évolution de l'épuisement émotionnel (i.e., M9 en comparaison avec M8). Si, après diminution, le coefficient de régression de l'intervention demeure significatif, nous pourrions conclure à une médiation partielle de l'évolution du LH (Baron & Kenny, 1986).

Précisons que des méthodes plus sophistiquées et robustes s'imposent aujourd'hui pour tester les effets de médiation dans le cadre des modèles en équation structurelle (Hayes, 2009 ; Mathieu & Taylor, 2006), tout en tenant compte de la structure hiérarchique des données et des différents niveaux d'expression de la médiation (Preacher et al., 2010, 2011 ; Zhang et al., 2009). Toutefois, leur mise en œuvre demeure encore complexe et la technique n'est pas, à notre connaissance, encore implémentée dans Mplus (Luse, 2015). C'est pourquoi, dans le cadre de ce travail de thèse, considérant le fait que nous souhaitons investiguer les effets directs et indirects exclusivement à un niveau intra-individuel, nous avons opté pour la méthode de différence entre les coefficients (Zhang et al., 2009) de Baron et Kenny (1986) dans le cadre des MLM.

4.3. Résultats

4.3.1. Confirmation de la structure BESEM du LH

Les valeurs des indicateurs d'ajustement des quatre modèles estimés sont présentées dans le Tableau 17. Les saturations factorielles standardisées des items (λ), la variance résiduelle des items (δ) et la fidélité des dimensions apparaissent dans le Tableau 18 pour les quatre modèles du LH. Les coefficients

de corrélation entre les facteurs latents pour les configurations CFA et ESEM, ainsi que la différence entre les coefficients, sont présentés dans le Tableau 19.

Tableau 17. Indices d'ajustement des modèles de mesure du LH à T0

<i>Description</i>	χ^2 (<i>ddl</i>)	<i>CFI</i>	<i>TLI</i>	<i>RMSEA</i>	<i>90% IC</i>
CFA	564,653 (104)*	0,920	0,896	0,070	[0,064 ; 0,075]
BCFA	403,212 (102)*	0,948	0,931	0,057	[0,051 ; 0,063]
ESEM	114,023 (49)*	0,989	0,969	0,038	[0,029 ; 0,047]
BESEM	59,017 (38)*	0,996	0,987	0,025	[0,011 ; 0,036]

Note. * $p < 0,01$; CFA : analyse factorielle confirmatoire ; ESEM : modèle en équation structurelle exploratoire ; BCFA : bi-facteur CFA ; BESEM : bi-facteur ESEM ; χ^2 : test du Khi^2 d'ajustement ; *ddl* : degré de liberté ; *CFI* : comparative fit index ; *TLI* : Tucker-Lewis index ; *RMSEA* : root mean square error of approximation ; *90% IC* : intervalle de confiance à 90% pour le *RMSEA*.

Pour commencer, nous constatons que les quatre modèles présentent un bon ajustement sur l'ensemble des indices, à l'exception de la configuration CFA avec un *TLI* égal à 0,896. Nous constatons également que la configuration BESEM est celle qui présente le meilleur ajustement sur l'ensemble des indices. Comme dans notre première étude, nous avons ici un premier argument en faveur de ce modèle BESEM dans cet échantillon.

4.3.1.1. CFA versus ESEM

Pour commencer, le modèle ESEM présente de meilleurs indices d'ajustement que le modèle CFA. Concernant la définition des facteurs, nous constatons que dans le modèle CFA, les dimensions sont bien définies par leurs items dédiés avec des coefficients de saturation compris entre 0,406 et 0,915. Idem pour le modèle ESEM, qui présente des facteurs bien définis ($\lambda = 0,246-0,929$) avec de nombreuses saturations croisées systématiquement inférieures aux coefficients de saturations des items spécifiques ($\lambda = 0,001-0,263$). Pour finir, nous constatons, dans le modèle ESEM, une diminution de tous les coefficients de corrélations entre les facteurs comparativement au modèle CFA. L'ensemble de ces éléments témoignent de la supériorité de la configuration ESEM par rapport à la configuration CFA.

Tableau 18. Modèles CFA, BCFA, ESEM et BESEM du leadership habitant

Items	CFA		BCFA			ESEM						BESEM								
	λ	δ	$G-\lambda$	$S-\lambda$	δ	λ	λ	λ	λ	λ	λ	δ	$G-\lambda$	$S-\lambda$	$S-\lambda$	$S-\lambda$	$S-\lambda$	$S-\lambda$	$S-\lambda$	δ
Délégation de pouvoir																				
Item 1	0,903	0,184	0,707	0,536	0,213	0,854	-0,058	0,063	<i>0,006</i>	<i>0,039</i>	<i>0,010</i>	0,181	0,701	0,561	<i>-0,041</i>	<i>0,014</i>	<i>-0,017</i>	<i>0,004</i>	<i>0,034</i>	0,191
Item 2	0,915	0,162	0,712	0,619	0,111	0,894	-0,042	0,057	<i>0,043</i>	<i>0,015</i>	<i>-0,035</i>	0,148	0,717	0,590	<i>-0,029</i>	<i>0,002</i>	<i>-0,013</i>	<i>-0,026</i>	-0,017	0,136
Item 3	0,663	0,560	0,641	0,228	0,537	0,421	0,261	<i>0,004</i>	<i>0,063</i>	<i>0,035</i>	0,173	0,487	0,587	0,312	0,220	<i>0,037</i>	<i>0,052</i>	<i>0,031</i>	0,126	0,489
ω	0,872			0,690		0,852								0,724						
Responsabilisation																				
Item 4	0,745	0,445	0,384	0,549	0,551	0,145	0,672	<i>-0,014</i>	<i>0,041</i>	<i>-0,010</i>	<i>0,054</i>	0,455	0,303	0,198	0,716	0,146	0,13	<i>0,046</i>	0,107	0,305
Item 5	0,649	0,579	0,211	0,715	0,444	<i>-0,009</i>	0,672	<i>-0,002</i>	<i>0,013</i>	<i>-0,010</i>	<i>0,012</i>	0,550	0,255	<i>-0,044</i>	0,595	<i>0,028</i>	<i>-0,067</i>	<i>-0,083</i>	-0,105	0,556
Item 6	0,406	0,835	<i>0,020</i>	0,477	0,772	-0,156	0,433	0,141	<i>-0,025</i>	<i>0,069</i>	-0,132	0,755	0,124	-0,200	0,435	<i>0,042</i>	-0,143	<i>-0,076</i>	-0,242	0,669
ω	0,635			0,632			0,642								0,666					
Coaching à l'auto-direction																				
Item 7	0,676	0,543	0,649	0,173	0,548	0,098	<i>-0,076</i>	0,384	0,186	<i>0,008</i>	0,193	0,540	0,674	<i>-0,017</i>	<i>-0,05</i>	0,140	<i>0,007</i>	-0,098	<i>0,011</i>	0,514
Item 8	0,584	0,659	0,364	0,519	0,598	0,113	0,149	0,661	-0,095	<i>-0,033</i>	-0,112	0,506	0,403	<i>0,052</i>	0,255	0,393	<i>-0,088</i>	-0,121	-0,122	0,578
Item 9	0,774	0,400	0,596	0,617	0,263	<i>0,001</i>	<i>-0,020</i>	0,770	<i>-0,012</i>	0,063	<i>0,066</i>	0,332	0,588	<i>0,003</i>	<i>0,063</i>	0,736	<i>0,02</i>	<i>-0,001</i>	<i>0,033</i>	<i>0,107</i>
ω	0,721			0,549				0,705								0,573				
Partage d'informations																				
Item 10	0,897	0,196	0,728	0,467	0,252	0,072	<i>0,012</i>	<i>0,070</i>	0,721	<i>0,047</i>	<i>0,018</i>	0,284	0,712	<i>0,024</i>	<i>-0,003</i>	<i>0,030</i>	0,477	<i>0,039</i>	<i>-0,018</i>	0,262
Item 11	0,821	0,326	0,666	0,538	0,267	<i>0,027</i>	<i>0,020</i>	<i>-0,059</i>	0,889	<i>0,035</i>	<i>-0,036</i>	0,221	0,683	<i>-0,024</i>	<i>-0,016</i>	-0,064	0,521	<i>0,042</i>	-0,069	0,251
ω	0,850			0,661					0,837								0,660			
Développement des compétences																				
Item 12	0,509	0,741	0,525	0,106	0,714	-0,152	<i>0,027</i>	0,263	0,206	0,246	<i>0,106</i>	0,659	0,579	-0,204	<i>0,023</i>	<i>0,062</i>	<i>0,019</i>	0,062	<i>-0,059</i>	0,611
Item 13	0,838	0,298	0,641	0,576	<i>0,258</i>	<i>0,054</i>	<i>-0,033</i>	<i>0,004</i>	<i>-0,028</i>	0,929	-0,099	<i>0,234</i>	0,640	<i>0,017</i>	<i>-0,060</i>	<i>-0,031</i>	<i>0,043</i>	0,571	<i>-0,008</i>	0,258
Item 14	0,798	0,364	0,600	0,525	0,365	<i>0,007</i>	<i>0,034</i>	-0,101	<i>-0,025</i>	0,776	<i>0,098</i>	0,365	0,594	<i>-0,001</i>	<i>-0,031</i>	-0,091	<i>0,028</i>	0,528	0,103	0,348
ω	0,766			0,521						0,752								0,525		
Droit à l'erreur pour l'innovation																				
Item 15	0,628	0,606	0,472	0,536	0,490	<i>0,032</i>	<i>-0,041</i>	<i>0,009</i>	-0,111	<i>0,017</i>	0,702	0,540	0,492	<i>0,044</i>	-0,113	<i>-0,037</i>	-0,106	<i>0,026</i>	0,438	0,539
Item 16	0,781	0,391	0,667	0,390	0,403	<i>0,025</i>	0,059	<i>0,040</i>	<i>0,052</i>	<i>0,055</i>	0,653	0,411	0,654	<i>0,039</i>	<i>-0,021</i>	<i>-0,002</i>	<i>0,004</i>	<i>0,051</i>	0,392	0,414
Item 17	0,725	0,475	0,645	0,286	0,503	<i>0,054</i>	<i>-0,034</i>	<i>0,046</i>	<i>0,063</i>	<i>0,061</i>	0,589	0,476	0,624	<i>0,039</i>	-0,096	<i>-0,015</i>	<i>0,000</i>	<i>0,042</i>	0,351	0,475
ω	0,756			0,921	0,513						0,726		0,928							0,494

Note. G : facteur global dans le cadre d'un modèle bifactoriel ; S : facteur spécifique dans le cadre d'un modèle bifactoriel ; λ : coefficient de saturation ; δ : résidu de l'item ; ω : coefficient omega de fiabilité composite ; les coefficients des items principaux dans les modèles ESEM et BESEM apparaissent en gras ; les coefficients non significatifs ($p \geq .05$) sont présentés en italique.

4.3.1.2. *ESEM versus BESEM*

Pour commencer, nous constatons que le modèle BESEM est globalement bien défini. Les items du LH présentent des coefficients de saturation élevés et significatifs sur le FG ($\lambda = 0,124-0,717$). En outre, le FG présente un coefficient omega élevé témoignant d'une forte cohérence interne de la dimension ($\omega = 0,928$). Comme dans l'Étude 1, les items dédiés à la responsabilisation présentent des coefficients de saturation moins élevés sur le FG ($\lambda = 0,124-0,303$), bien qu'ils demeurent significatifs. En outre, les FS sont globalement bien définis par leurs items dédiés ($\lambda = 0,062-0,716$). Toutefois, nous constatons que l'item 12 renvoyant au développement des compétences présente un coefficient de saturation très faible et non significatif sur son facteur spécifique. Néanmoins, la dimension demeure bien définie par les deux autres items dédiés ($\lambda = 0,528-0,571$), de même que les FS délégation de pouvoir, responsabilisation, coaching à l'auto-direction, partage d'informations et droit à l'erreur pour l'innovation. En somme, (a) le modèle BESEM montre un ajustement excellent et meilleur que celui des modèles ESEM, CFA et BCFA ; (b) le FG comme les FS sont bien définis ; et (c) les coefficients de saturation croisés supérieurs à 0,200 dans le modèle ESEM diminuent une fois le FG pris en compte dans le modèle BESEM. Par conséquent, comme dans l'Étude 1, nous pouvons considérer que l'hypothèse 1 est validée selon les critères de Morin et ses collègues (Gillet et al., 2019 ; Morin et al., 2016 ; Tóth-Király et al., 2018), et retenir la solution BESEM pour rendre compte du LH dans la suite des analyses.

Tableau 19. Corrélations entre facteur latents pour les solutions CFA et ESEM

CFA						
	Délé.	Resp.	Coach.	Info.	Comp.	Err.
Délégation de pouvoir	-					
Responsabilisation	0,353	-				
Coaching à l'auto-direction	0,659	0,511	-			
Partage d'informations	0,634	0,328	0,648	-		
Développement des compétences	0,601	0,236	0,548	0,687	-	
Droit à l'erreur pour l'innovation	0,704	0,225	0,648	0,638	0,715	-
ESEM						
	Délé.	Resp.	Coach.	Info.	Comp.	Err.
Délégation de pouvoir	-					
Responsabilisation	0,244	-				
Coaching à l'auto-direction	0,473	0,439	-			
Partage d'informations	0,534	0,206	0,500	-		
Développement des compétences	0,539	0,157	0,417	0,644	-	
Droit à l'erreur pour l'innovation	0,617	0,086	0,438	0,552	0,644	-
Différences entre coefficients de corrélations (ESEM - CFA)						
	Délé.	Resp.	Coach.	Info.	Comp.	Err.
Délégation de pouvoir	-					
Responsabilisation	-0,109	-				
Coaching à l'auto-direction	-0,186	-0,072	-			
Partage d'informations	-0,100	-0,122	-0,148	-		
Développement des compétences	-0,062	-0,079	-0,131	-0,043	-	
Droit à l'erreur pour l'innovation	-0,087	-0,139	-0,210	-0,086	-0,071	-

Note. toutes les corrélations sont statistiquement significatives ($p < 0,01$) ; Délé. : délégation de pouvoir ; Resp. : responsabilisation ; Coach. : coaching à l'auto-direction ; Info. : partage d'informations ; Comp. : développement des compétences ; Err. : droit à l'erreur.

4.3.1.3. Confirmation du modèle BESEM du LH à T1

Comme pour les données recueillies à T0, nous constatons que le modèle BESEM du LH montre un excellent ajustement dans l'échantillon constitué par les participants à T1 (Tableau 20). Le FG est bien défini par l'ensemble des items du LH ($\lambda = 0,227-0,755$; Tableau 21). Les FS sont globalement bien définis par leurs items dédiés ($\lambda = 0,227-0,755$) et les items montrent des saturations croisées qui demeurent systématiquement inférieures aux coefficients de saturation des items dédiés aux dimensions ($\lambda = 0,001-0,264$). À ce stade, nous pouvons considérer que la structure BESEM du LH est confirmée sur la base des données recueillies à T1.

χ^2 (ddl)	CFI	TLI	RMSEA	90% CI
97,281 (38)*	0,986	0,949	0,053	[0,040 ; 0,066]

Note. * $p < 0,01$; χ^2 : test du Khi^2 d'ajustement ; ddl : degré de liberté ; CFI : comparative fit index ; TLI : Tucker-Lewis index ; RMSEA : root mean square error of approximation ; 90% IC : intervalle de confiance à 90% pour le RMSEA.

Tableau 21. Modèle BESEM du LH à T1

<i>Items</i>	<i>G-λ</i>	<i>S-λ</i>	<i>S-λ</i>	<i>S-λ</i>	<i>S-λ</i>	<i>S-λ</i>	<i>S-λ</i>	<i>δ</i>
Délégation de pouvoir								
Item 1	0,666	0,667	-0,021	0,044	0,000	0,000	0,059	0,105
Item 2	0,707	0,591	-0,019	-0,029	0,043	0,009	0,045	0,146
Item 3	0,686	0,291	0,067	-0,008	-0,062	-0,044	-0,134	0,416
<i>ω</i>		0,782						
Responsabilisation								
Item 1	0,619	-0,029	0,540	-0,045	-0,126	-0,170	-0,184	0,243
Item 2	0,361	-0,003	0,621	0,152	-0,008	-0,093	-0,066	0,448
Item 3	0,227	0,018	0,659	0,190	0,086	0,127	0,104	0,443
<i>ω</i>			0,745					
Coaching à l'auto-direction								
Item 1	0,683	-0,030	0,022	0,194	0,056	0,068	0,178	0,455
Item 2	0,533	0,047	0,264	0,470	-0,135	-0,063	-0,042	0,398
Item 3	0,675	-0,012	0,125	0,533	-0,014	-0,003	-0,008	0,244
<i>ω</i>				0,566				
Partage d'informations								
Item 1	0,755	0,039	-0,046	-0,092	0,495	0,021	-0,067	0,169
Item 2	0,697	-0,024	0,011	-0,028	0,524	0,070	0,023	0,233
<i>ω</i>					0,721			
Développement des compétences								
Item 1	0,676	-0,069	-0,012	0,203	0,255	0,221	0,062	0,380
Item 2	0,725	0,011	-0,070	-0,049	-0,028	0,500	0,001	0,217
Item 3	0,624	0,004	-0,057	-0,078	0,010	0,497	0,053	0,351
<i>ω</i>						0,610		
Droit à l'erreur pour l'innovation								
Item 1	0,512	0,095	-0,034	0,143	-0,023	0,113	0,460	0,482
Item 2	0,724	0,090	-0,028	0,001	-0,029	0,081	0,211	0,415
Item 3	0,679	-0,107	-0,148	-0,164	-0,013	-0,085	0,337	0,358
<i>ω</i>	0,953						0,447	

Note. G : facteur global dans le cadre d'un modèle bifactoriel ; S : facteur spécifique dans le cadre d'un modèle bifactoriel ; λ : coefficient de saturation ; δ : résidu de l'item ; ω : coefficient omega de fiabilité composite ; les coefficients des items principaux apparaissent en gras ; les coefficients non significatifs ($p \geq .05$) sont présentés en italique.

4.3.2. Invariance du LH et de l'épuisement à T0 et à T1

Compte tenu de nos résultats précédents, nous avons retenu la structure BESEM du LH pour le test de l'invariance temporelle, en association avec l'épuisement émotionnel représenté par un modèle CFA dans le même modèle de mesure. Les indices d'ajustement des six modèles invariants ainsi que leur évolution lors de l'ajout de contraintes d'invariance sont présentés dans le Tableau 22. Pour commencer, nous constatons que l'invariance configurale est confirmée, avec un ajustement excellent pour tous les critères. Ensuite, nous observons que l'ajout de contraintes d'invariance pas-à-pas dans les cinq modèles successifs ne fait pas baisser significativement la qualité de l'ajustement selon les critères de Chen (2007). En effet, la diminution du CFI et du TLI est chaque fois inférieure à 0,010, et la variation du RMSEA est chaque fois inférieure à 0,015. Par conséquent, nous pouvons conclure à l'invariance totale du modèle intégrant le LH et l'épuisement émotionnel à T0 et à T1.

Les coefficients standardisés de saturation factorielle, la variance résiduelle des items ainsi que la cohérence interne des facteurs du modèle d'invariance des moyennes latentes sont présentés dans le Tableau 23. Concernant l'épuisement en particulier, nous constatons une bonne définition du facteur par les items dédiés ($\lambda = 0,548-0,886$), associée à une très bonne cohérence interne ($\omega = 0,870$). Il en est de même pour le LH. En effet, nous constatons que l'ensemble des items du LH contribue significativement à la définition du FG ($\lambda = 0,111-0,737$), et témoigne en outre d'une excellente cohérence interne ($\omega = 0,940$). Pour leur part, les FS sont globalement bien définis par leurs items dédiés ($\lambda = 0,178-0,770$). Nous constatons de nombreuses saturations croisées qui demeurent dans l'ensemble inférieures à la contribution des items dédiés aux dimensions ($\lambda = 0,000-0,285$). En somme, le facteur épuisement émotionnel et les facteurs du LH dans une configuration BESEM sont à la fois correctement définis et invariants aux deux temps de mesure. Nous pouvons considérer que l'hypothèse 2 est validée.

Tableau 22. Indicateurs d'ajustement des modèles de mesure invariants du LH et de l'épuisement émotionnel à T0 et à T1

Description	χ^2 (ddl)	CFI	TLI	RMSEA	90% IC	$\Delta\chi^2$	Δddl	ΔCFI	ΔTLI	$\Delta RMSEA$
Invariance configurale	1086,531 (657)*	0,969	0,955	0,030	[0,026 ; 0,033]	-	-	-	-	-
Invariance faible	1163,343 (731)*	0,968	0,959	0,028	[0,025 ; 0,031]	76,812	74	-0,001	0,004	-0,002
Invariance forte	1179,087 (745)*	0,968	0,960	0,028	[0,025 ; 0,031]	15,744	14	0,000	0,001	0,000
Invariance stricte	1288,893 (767)*	0,962	0,953	0,030	[0,027 ; 0,033]	109,806	22	-0,006	-0,007	0,002
Invariance des variances et co-variances	1345,332 (796)*	0,960	0,952	0,030	[0,027 ; 0,033]	56,439	29	-0,002	-0,001	0,000
Invariance des moyennes latentes	1360,615 (804)*	0,959	0,952	0,030	[0,028 ; 0,033]	15,283	8	-0,001	0,000	0,000

Note : * $p < 0,01$; χ^2 : test du Khi² d'ajustement ; ddl : degré de liberté ; CFI : comparative fit index ; TLI : Tucker-Lewis index ; RMSEA : root mean square error of approximation ; 90% IC : intervalle de confiance à 90% pour le RMSEA.

Tableau 23. Modèle avec invariance complète du LH et de l'épuisement émotionnel à T0 et à T1 (i.e., invariance des moyennes latentes)

Items	BESEM LH								CFA EE	
	<i>G-λ</i>	<i>S-λ</i>	<i>S-λ</i>	<i>S-λ</i>	<i>S-λ</i>	<i>S-λ</i>	<i>S-λ</i>	<i>δ</i>	<i>λ</i>	<i>δ</i>
Délégation de pouvoir										
Item 1	0,693	0,612	<i>-0,039</i>	<i>0,030</i>	<i>-0,008</i>	<i>0,003</i>	<i>0,046</i>	0,141		
Item 2	0,711	0,581	<i>-0,009</i>	<i>-0,001</i>	<i>0,025</i>	<i>0,000</i>	<i>0,022</i>	0,156		
Item 3	0,684	0,244	<i>0,082</i>	<i>-0,015</i>	<i>-0,088</i>	<i>-0,065</i>	<i>-0,068</i>	0,449		
<i>ω</i>		0,735								
Responsabilisation										
Item 4	0,585	<i>-0,052</i>	0,451	<i>-0,024</i>	<i>-0,194</i>	<i>-0,180</i>	<i>-0,285</i>	0,299		
Item 5	0,323	<i>-0,010</i>	0,546	0,106	<i>-0,068</i>	<i>-0,093</i>	<i>-0,141</i>	0,553		
Item 6	0,111	<i>0,001</i>	0,770	0,189	0,110	<i>0,050</i>	<i>0,054</i>	0,342		
<i>ω</i>			0,723							
Coaching à l'auto-direction										
Item 7	0,616	<i>0,028</i>	<i>0,014</i>	0,233	0,131	<i>0,034</i>	0,151	0,524		
Item 8	0,441	<i>0,055</i>	0,238	0,470	<i>-0,136</i>	<i>-0,079</i>	<i>-0,090</i>	0,493		
Item 9	0,619	<i>-0,026</i>	<i>0,056</i>	0,577	<i>-0,020</i>	<i>-0,025</i>	<i>-0,012</i>	0,279		
<i>ω</i>				0,558						
Partage d'informations										
Item 10	0,737	<i>0,014</i>	<i>-0,008</i>	<i>-0,039</i>	0,452	<i>0,023</i>	<i>-0,079</i>	0,244		
Item 11	0,702	<i>-0,037</i>	<i>0,007</i>	<i>-0,041</i>	0,465	0,052	<i>-0,028</i>	0,285		
<i>ω</i>					0,614					
Développement des compétences										
Item 12	0,559	<i>-0,096</i>	<i>0,066</i>	0,212	0,241	0,178	<i>0,124</i>	0,524		
Item 13	0,641	<i>0,037</i>	<i>-0,031</i>	<i>0,003</i>	0,089	0,429	0,075	0,389		
Item 14	0,616	<i>-0,020</i>	<i>-0,040</i>	<i>-0,083</i>	<i>-0,051</i>	0,692	<i>0,001</i>	<i>0,130</i>		
<i>ω</i>						0,618				
Droit à l'erreur pour l'innovation										
Item 15	0,495	0,069	<i>-0,059</i>	<i>0,027</i>	<i>-0,115</i>	0,094	0,456	0,516		
Item 16	0,687	<i>0,041</i>	<i>-0,039</i>	<i>0,008</i>	<i>-0,027</i>	<i>0,038</i>	0,285	0,441		
Item 17	0,643	<i>-0,043</i>	<i>-0,118</i>	<i>-0,067</i>	<i>0,033</i>	<i>0,002</i>	0,326	0,459		
<i>ω</i>	0,940						0,446			
Épuisement émotionnel										
Item 1									0,754	0,431
Item 2									0,807	0,348
Item 3									0,822	0,324
Item 4									0,886	0,216
Item 5									0,548	0,700
<i>ω</i>									0,878	

Note. G : facteur global dans le cadre d'un modèle bifactoriel ; S : facteur spécifique dans le cadre d'un modèle bifactoriel ; λ : coefficient de saturation ; δ : résidu de l'item ; ω : coefficient omega de fiabilité composite ; CFA : analyse factorielle confirmatoire ; EE : épuisement émotionnel ; les coefficients des items principaux dans les modèles BESEM et CFA apparaissent en gras ; les coefficients non significatifs ($p \geq .05$) sont présentés en italique.

4.3.3. Effet de l'intervention sur le LH

Pour rappel, nous avons estimé sept MLM afin d'étudier l'effet contrôlé de l'intervention sur l'évolution du FG LH (MLM1) et des FS délégation (MLM2), responsabilisation (MLM3), coaching pour l'auto-direction (MLM4), partage d'informations (MLM5), développement des compétences (MLM6) et droit à l'erreur pour l'innovation (MLM7). Les résultats sont présentés dans les Tableaux 24 et 25. Pour commencer, nous constatons que le CCI est systématiquement inférieur à 5% dans l'ensemble des modèles prédictifs du LH, témoignant d'un effet négligeable de l'UF d'appartenance sur l'évolution du LH (LeBreton & Senter, 2008). De manière congruente, la description de l'effet aléatoire de chacun des MLM ne montre pas, dans l'ensemble, de différences entre les UF dans l'évolution du LH (Annexes 4 à 10). Néanmoins, nous avons conservé l'effet aléatoire UF dans les modèles, en dépit des CCI faibles, conformément aux recommandations de Bliese et al. (2018).

Tableau 24. Modèles linéaires mixtes de l'évolution du LH entre T0 et T1

	MLM1 : FG LH			MLM2 : FS délé.			MLM3 : FS resp.			MLM4 : FS coach.		
	var.	e.t.	CCI	var.	e.t.	CCI	var.	e.t.	CCI	var.	e.t.	CCI
<i>Effet aléatoire</i>												
UF	0,022	0,150	0,046	0,011	0,107	0,025	0,001	0,025	0,002	0,000	0,000	0,000
Résidus	0,468	0,684		0,438	0,662		0,275	0,524		0,370	0,609	
	<i>b</i>	<i>s.e.</i>	<i>p</i>	<i>b</i>	<i>s.e.</i>	<i>p</i>	<i>b</i>	<i>s.e.</i>	<i>p</i>	<i>b</i>	<i>s.e.</i>	<i>p</i>
<i>Effet fixe</i>												
Moyenne	0,172	0,172	0,319	-0,224	0,164	0,173	0,126	0,127	0,321	0,000	0,147	0,999
Sexe homme versus												
femme	-0,072	0,090	0,421	0,056	0,087	0,518	0,007	0,068	0,913	0,071	0,079	0,368
Age	-0,004	0,003	0,175	0,006	0,003	0,035	-0,004	0,002	0,066	0,000	0,003	0,984
Ancienneté CHU	0,000	0,002	0,965	0,000	0,002	0,953	0,000	0,002	0,863	0,000	0,002	0,868
Ancienneté UF	0,001	0,002	0,727	0,003	0,002	0,115	0,000	0,002	0,995	0,001	0,002	0,700
Métier IDE versus												
AS	-0,057	0,064	0,372	0,030	0,062	0,633	-0,009	0,049	0,859	-0,042	0,056	0,453
médecin	0,008	0,097	0,933	0,150	0,093	0,108	-0,029	0,072	0,690	-0,193	0,083	0,020
secrétaire	0,027	0,095	0,775	0,028	0,091	0,759	-0,015	0,070	0,827	-0,133	0,081	0,100
ASH	-0,200	0,147	0,174	0,162	0,142	0,256	0,006	0,111	0,960	-0,008	0,129	0,948
cadre	-0,150	0,188	0,426	0,087	0,181	0,632	0,345	0,143	0,016	0,050	0,166	0,764
chef service	0,305	0,298	0,305	0,040	0,286	0,890	0,077	0,225	0,733	0,070	0,261	0,788
autres	0,027	0,151	0,858	0,048	0,145	0,742	-0,101	0,113	0,374	-0,089	0,131	0,498
Contrat stagiaire versus												
titulaire	0,027	0,131	0,835	0,067	0,126	0,598	-0,030	0,099	0,759	0,014	0,115	0,902
CDD	-0,037	0,153	0,811	0,006	0,148	0,968	-0,086	0,116	0,458	0,078	0,135	0,561
CDI	0,205	0,423	0,629	0,410	0,408	0,316	-0,085	0,321	0,791	0,190	0,372	0,609
Temps plein versus												
temps partiel	-0,016	0,057	0,778	-0,047	0,055	0,392	0,010	0,043	0,810	-0,096	0,050	0,054
VD à T0	-0,449	0,028	0,000	-0,591	0,029	0,000	-0,349	0,023	0,000	-0,681	0,027	0,000
PHU Intervention versus												
PHU contrôle	-0,140	0,069	0,047	-0,063	0,060	0,299	0,011	0,040	0,787	0,052	0,046	0,256

Note. p : risque d'erreur ; var : variance ; e.t. : écart-type ; CCI : coefficient de corrélation intra-classe ; b : coefficient de régression ; s.e. : erreur standard du coefficient ; MLM : modèle linéaire mixte ; LH : leadership habilitant ; PHU : pôle hospitalier universitaire ; EE : épuisement émotionnel ; FG : facteur global ; FS : facteur spécifique ; délé. : délégation de pouvoir ; resp. : responsabilisation ; coach. : coaching à l'auto-direction ; UF : unité fonctionnelle ; CDD : contrat à durée déterminée ; CDI : contrat à durée indéterminée ; AS : aide-soignant ; IDE : infirmier diplômé d'état ; ASH : agent de service hospitalier ; VD : variable dépendante ; les niveaux de risque significatifs ($p < 0,05$) sont inscrits en gras.

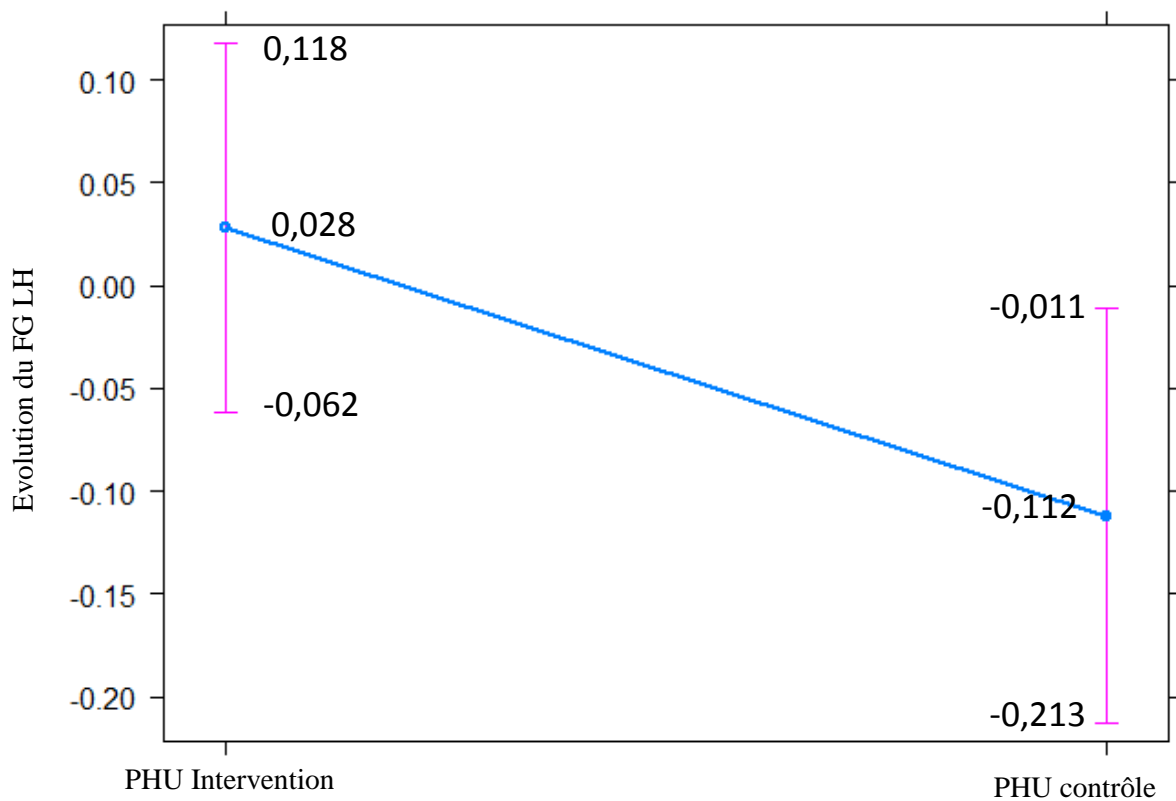
Tableau 25. Modèles linéaires mixtes de l'évolution du LH entre T0 et T1 (suite)

	MLM5 : FS info.			MLM6 : FS comp.			MLM7 : FS err.		
	<i>var.</i>	<i>e.t.</i>	<i>CCI</i>	<i>var.</i>	<i>e.t.</i>	<i>CCI</i>	<i>var.</i>	<i>e.t.</i>	<i>CCI</i>
<i>Effet aléatoire</i>									
UF	0,001	0,026	0,002	0,011	0,105	0,032	0,005	0,071	0,029
Résidus	0,302	0,550		0,330	0,574		0,172	0,415	
	<i>b</i>	<i>s.e.</i>	<i>p</i>	<i>b</i>	<i>s.e.</i>	<i>p</i>	<i>b</i>	<i>s.e.</i>	<i>p</i>
<i>Effet fixe</i>									
Moyenne	-0,008	0,133	0,951	0,096	0,143	0,500	-0,028	0,103	0,790
Sexe homme versus									
femme	0,005	0,071	0,940	-0,063	0,075	0,399	0,036	0,054	0,512
Age	0,002	0,002	0,325	0,005	0,002	0,033	0,000	0,002	0,797
Ancienneté CHU	0,000	0,002	0,897	0,000	0,002	0,802	0,002	0,001	0,203
Ancienneté UF	0,001	0,002	0,684	-0,004	0,002	0,026	-0,002	0,001	0,247
Métier IDE versus									
AS	-0,030	0,051	0,551	0,030	0,054	0,577	0,026	0,039	0,502
médecin	-0,116	0,076	0,129	-0,014	0,081	0,867	-0,051	0,059	0,391
secrétaire	0,079	0,073	0,285	0,162	0,079	0,042	-0,013	0,057	0,814
ASH	-0,114	0,116	0,328	-0,129	0,123	0,295	0,044	0,089	0,617
cadre	-0,119	0,150	0,426	-0,044	0,157	0,777	0,028	0,114	0,803
chef service	-0,080	0,236	0,736	0,069	0,249	0,781	0,183	0,180	0,310
autres	0,004	0,119	0,975	0,053	0,126	0,672	-0,107	0,091	0,243
Contrat stagiaire versus									
titulaire	-0,017	0,104	0,872	-0,102	0,110	0,354	-0,014	0,079	0,861
CDD	-0,067	0,122	0,583	-0,159	0,129	0,217	0,024	0,093	0,798
CDI	0,088	0,337	0,795	-0,687	0,356	0,054	0,039	0,257	0,880
Temps plein versus									
temps partiel	-0,047	0,045	0,302	0,032	0,048	0,510	-0,018	0,035	0,602
FG LH à T0	-0,459	0,025	0,000	-0,444	0,025	0,000	-0,289	0,020	0,000
PHU Intervention versus									
PHU contrôle	-0,013	0,042	0,761	-0,109	0,054	0,050	0,031	0,038	0,424

Note. p : risque d'erreur ; var. : variance ; e.t. : écart-type ; CCI : coefficient de corrélation intra-classe ; b : coefficient de régression ; s.e. : erreur standard du coefficient ; MLM : modèle linéaire mixte ; EE : épuisement émotionnel ; LH : leadership habilitant ; FG : facteur global ; FS : facteur spécifique ; info. : partage d'informations ; comp. : développement des compétences ; err. : droit à l'erreur pour l'innovation ; UF : unité fonctionnelle ; PHU : pôle hospitalier universitaire ; CDD : contrat à durée déterminée ; CDI : contrat à durée indéterminée ; AS : aide-soignant ; IDE : infirmier diplômé d'état ; ASH : agent de service hospitalier ; les niveaux de risque significatifs ($p < 0,05$) sont inscrits en gras.

Conformément à nos attentes, nous constatons que la variable PHU (PHU expérimental versus PHU contrôle) montre un effet significatif sur l'évolution du FG LH entre T0 et T1, avec un risque d'erreur à 4,7%. Plus précisément, nous observons que le FG diminue de 0,112 dans le PHU contrôle tandis qu'il augmente de 0,028 dans le PHU expérimental (Figure 1). Toutefois, précisons que l'intervalle de confiance au risque de 5% de l'évolution du FG LH varie entre + 0,118 et -0,062 dans le PHU expérimental. Par conséquent, en toute rigueur, nous devons conclure à l'absence de changement du niveau du FG LH dans le PHU expérimental entre T0 et T1. À l'inverse, l'intervalle de confiance au risque de 5% de l'évolution du FG varie entre -0,011 et -0,213 dans le PHU contrôle, témoignant d'une baisse significative dans le groupe témoin. En somme, toutes choses égales par ailleurs, l'effet de la variable PHU suggère que l'intervention a contribué, à minima, à stabiliser le niveau de FG LH dans le PHU expérimental, dans un contexte de baisse du niveau de FG LH, observé dans le PHU contrôle. Par conséquent, nous pouvons considérer que l'hypothèse 3 est partiellement validée. En outre, nous constatons que l'intervention n'a pas d'effet significatif sur l'évolution des FS.

Figure 19. Effet de l'intervention sur l'évolution du FG LH



Note : représentation graphique réalisée avec le package « ggplot2 », à partir de la description des effets réalisée avec le package « effects » à l'aide du logiciel R ; les segments roses représentent les intervalles de confiance au risque de 5% ; le segment bleu représente l'écart de scores entre les groupes.

4.3.4. Effet de l'intervention sur l'épuisement et médiation par le LH

Pour rappel, nous avons estimé deux MLM selon une stratégie de régression hiérarchique : MLM8 afin d'étudier l'effet de l'intervention et l'effet du LH à T0 sur l'évolution de l'épuisement émotionnel ; et MLM9 afin d'étudier l'effet direct et de médiation de l'évolution du LH sur l'évolution de l'épuisement émotionnel. Les résultats de l'estimation sont présentés dans le Tableau 26.

Nous constatons que le CCI est inférieur à 5%, aussi bien dans MLM8 que dans MLM9. En outre, l'analyse de l'effet aléatoire UF ne montre pas de différences significatives entre UF dans l'évolution de l'épuisement émotionnel (Annexe 11). Toutefois, nous conservons l'effet aléatoire dans les modèles à des

fins de contrôle statistique, conformément aux recommandations de Bliese et al. (2018).

4.3.4.1. *Effet du LH sur l'épuisement émotionnel*

Pour commencer, nous constatons que le FG LH à T0 et l'évolution du FG LH entre T0 et T1 sont simultanément associés négativement à l'évolution de l'épuisement émotionnel (MLM8 et MLM9). En d'autres termes, un score élevé au niveau du FG LH prédit une diminution de l'épuisement émotionnel un an plus tard, et cela indépendamment de l'évolution du LH (i.e., le FG et les FS ; Figure 22). De même, une augmentation dans le temps du FG LH contribue à diminuer l'épuisement émotionnel, et cela indépendamment du niveau initial de LH (Figure 23). Par conséquent, nous pouvons considérer que l'hypothèse 4 est validée, et plus généralement que le FG LH joue un rôle particulièrement protecteur contre l'épuisement émotionnel.

Concernant notre question ouverte quant à l'effet des FS du LH, nous constatons que les FS délégation de pouvoir et partage d'informations à T0 sont associés négativement à l'évolution de l'épuisement émotionnel dans MLM8. Une fois que l'évolution du LH a été prise en considération dans MLM9, nous constatons que l'effet du FS délégation à T0 demeure significatif. Autrement dit, un score élevé au niveau du FS délégation de pouvoir prédit une diminution de l'épuisement émotionnel un an plus tard, indépendamment de l'évolution du LH. En revanche, l'effet du FS partage d'informations à T0 ne se maintient pas une fois que l'évolution du LH est considérée.

En outre, nous constatons que le FS coaching à l'auto-direction à T0, ainsi que son évolution entre T0 et T1, sont associés positivement à l'évolution de l'épuisement dans MLM9. En d'autres termes, et de manière surprenante, un score élevé au niveau du FS coaching à l'auto-direction à T0 prédit une augmentation de l'épuisement un an plus tard, une fois que l'évolution du LH est prise en compte (Figure 24). De même, une augmentation du FS coaching à l'auto-direction contribue à augmenter l'épuisement émotionnel, et cela indépendamment du niveau initial du FS (Figure 25). En somme, le FS coaching à l'auto-direction apparaît comme un facteur prédictif d'épuisement émotionnel, une fois tenu compte de l'effet du FG et des autres FS du LH. Par ailleurs, bien que le niveau initial du FS droit à l'erreur pour l'innovation n'ait pas d'effet significatif aussi bien dans MLM8 que dans MLM9, l'évolution du

FS, en revanche, est associée négativement à l'évolution de l'épuisement émotionnel. Autrement dit, l'augmentation dans le temps du FS droit à l'erreur pour l'innovation contribue à diminuer l'épuisement émotionnel.

Pour finir, nous avons réalisé des analyses complémentaires présentées en annexe 12, afin d'estimer le pouvoir explicatif du LH à T0 et de l'évolution du LH sur l'évolution de l'épuisement émotionnel. Pour ce faire, nous avons estimé trois MLM dans une logique de régression hiérarchique par bloc¹⁴. La comparaison des pourcentages de variance expliquée nous indique que le LH à T0 et son évolution entre T0 et T1 expliquent respectivement 3,3% ($\chi^2 (7) = 36,44$; $p < 0,001$), et 7,3% ($\chi^2 (7) = 90,23$; $p < 0,001$) de l'évolution de l'épuisement émotionnel entre T0 et T1, et cela indépendamment du niveau d'épuisement initial, du métier, de l'âge, du sexe, de l'ancienneté, du type de contrat de travail, du temps de travail et de l'effet aléatoire UF.

¹⁴ Un premier modèle « nul », avec l'effet aléatoire UF, et les variables contrôlées selon un effet fixe (i.e., variables sociodémographiques et épuisement émotionnel à T0 : MLM-LH0). Ensuite, nous avons estimé un deuxième MLM, en intégrant en plus un effet fixe pour le FG et les FS LH à T0 (MLM-LH1). Troisièmement, nous avons estimé un MLM avec en plus l'effet de l'évolution du FG et des FS du LH entre T0 et T1 (MLM-LH2). Nous constatons un maintien des relations observées précédemment entre le LH et l'évolution de l'épuisement émotionnel.

Tableau 26. Modèle mixte hiérarchique de l'évolution de l'épuisement émotionnel entre T0 et T1

<i>Effet aléatoire</i>	MLM8			MLM9		
	<i>Var</i>	<i>e.t.</i>	<i>CCI</i>	<i>var</i>	<i>e.t.</i>	<i>CCI</i>
Unité fonctionnelle	0,007	0,083	0,023	0,005	0,068	0,017
Résidus	0,294	0,543		0,266	0,516	
<i>Effets fixes</i>	<i>b</i>	<i>s.e.</i>	<i>p</i>	<i>b</i>	<i>s.e.</i>	<i>p</i>
Moyenne	0,026	0,135	0,848	0,075	0,128	0,559
Sexe homme versus femme	0,009	0,071	0,904	-0,005	0,068	0,940
Age	0,000	0,002	0,871	0,000	0,002	0,962
Ancienneté CHU	0,002	0,002	0,215	0,002	0,002	0,158
Ancienneté UF	-0,001	0,002	0,770	-0,001	0,002	0,627
Métier IDE versus						
AS	0,068	0,052	0,187	0,048	0,049	0,333
médecin	-0,024	0,079	0,761	-0,038	0,075	0,610
secrétaire	-0,217	0,075	0,004	-0,205	0,071	0,004
ASH	0,147	0,118	0,212	0,083	0,112	0,461
cadre de santé	-0,275	0,150	0,066	-0,334	0,143	0,020
chef de service	-0,383	0,235	0,104	-0,297	0,224	0,184
autres	-0,082	0,121	0,498	-0,118	0,115	0,306
Contrat stagiaire versus						
titulaire	-0,122	0,103	0,240	-0,128	0,098	0,191
CDD	-0,144	0,122	0,238	-0,182	0,116	0,116
CDI	-0,364	0,339	0,283	-0,351	0,323	0,277
Temps plein versus temps partiel	0,027	0,045	0,558	0,033	0,043	0,446
EE à T0	-0,304	0,023	0,000	-0,282	0,026	0,000
FG LH T0	-0,076	0,023	0,001	-0,162	0,027	0,000
FS Délé. T0	-0,088	0,024	0,000	-0,074	0,030	0,014
FS Resp. T0	0,013	0,024	0,588	-0,029	0,029	0,309
FS Coach. T0	-0,005	0,025	0,836	0,082	0,034	0,017
FS Info. T0	-0,070	0,025	0,006	-0,051	0,030	0,089
FS Comp. T0	0,001	0,023	0,964	-0,041	0,027	0,127
FS Err. T0	0,013	0,027	0,631	-0,002	0,030	0,940
Intervention versus contrôle	0,137	0,135	0,007	0,094	0,045	0,042
ΔFG LH				-0,267	0,033	0,000
ΔFS Délé.				-0,008	0,030	0,780
ΔFS Resp.				-0,057	0,040	0,159
ΔFS Coach.				0,136	0,037	0,000
ΔFS Info.				0,068	0,042	0,104
ΔFS Comp.				0,000	0,042	0,993
ΔFS Err.				-0,203	0,057	0,000
R ²			0,256			0,330
ΔR ²						0,073**

Note. * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; p : risque d'erreur ; var : variance ; e.t. : écart-type ; CCI : coefficient de corrélation intra-classe ; b : coefficient de régression ; s.e. : erreur standard du coefficient ; EE : épuisement émotionnel ; Δ : évolution ; FS : facteur spécifique ; FG : facteur global ; Délé. : délégation de pouvoir ; Resp. : responsabilisation ; Coach. : coaching à l'auto-direction ; Info : partage d'informations ; Comp. : développement des compétences ; Err. : droit à l'erreur pour l'innovation ; LH : leadership habilitant ; R²: pourcentage de variance expliquée ; ΔR² : différence de variance expliquée.

Figure 20. Effet du niveau de FG LH à T0 sur l'évolution de l'épuisement émotionnel

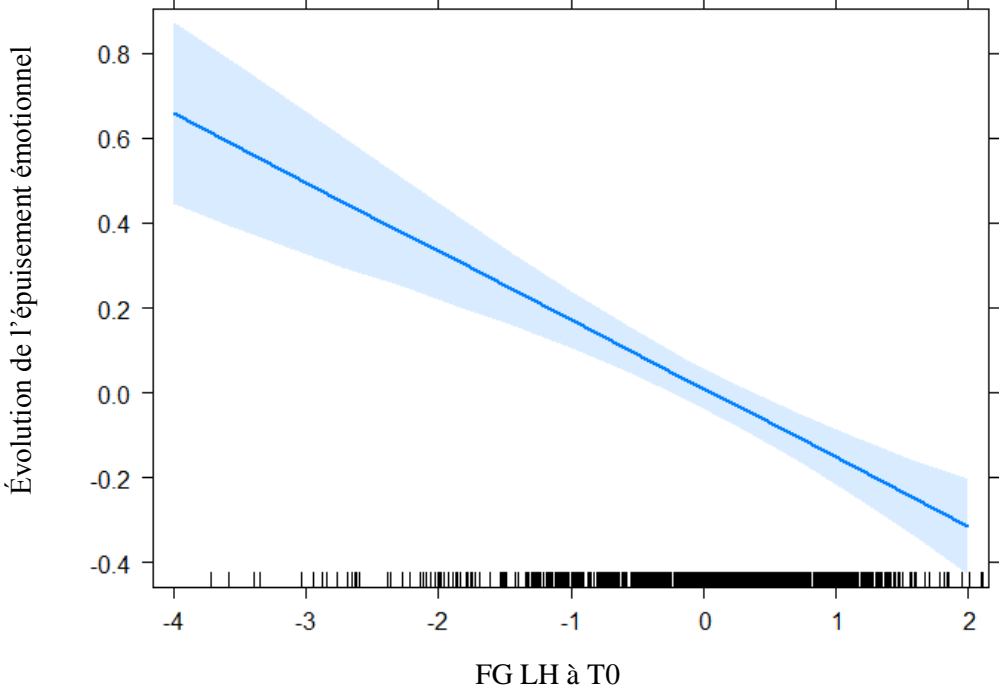


Figure 21. Effet de l'évolution du FG LH sur l'évolution de l'épuisement émotionnel

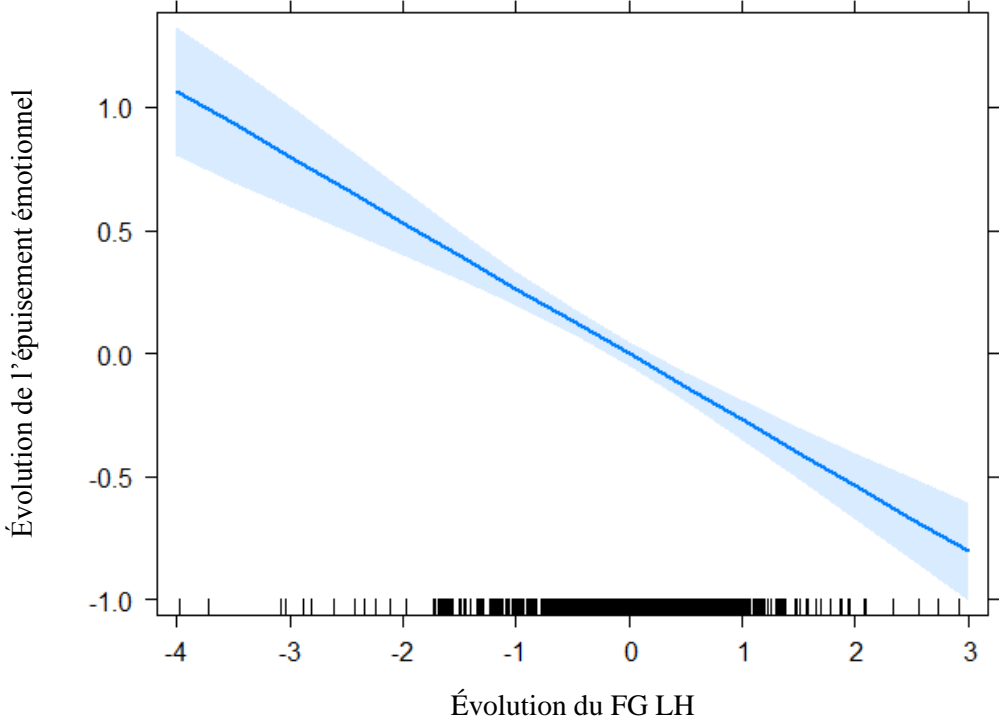


Figure 22. Effet du niveau de FS coaching à l'auto-direction à T0 sur l'évolution de l'épuisement émotionnel

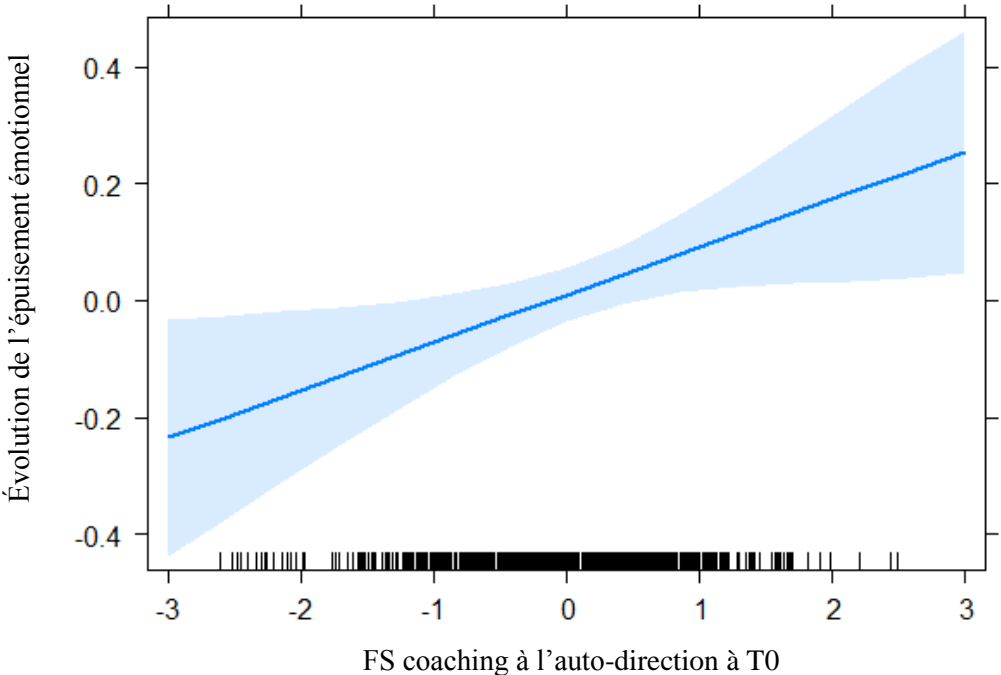
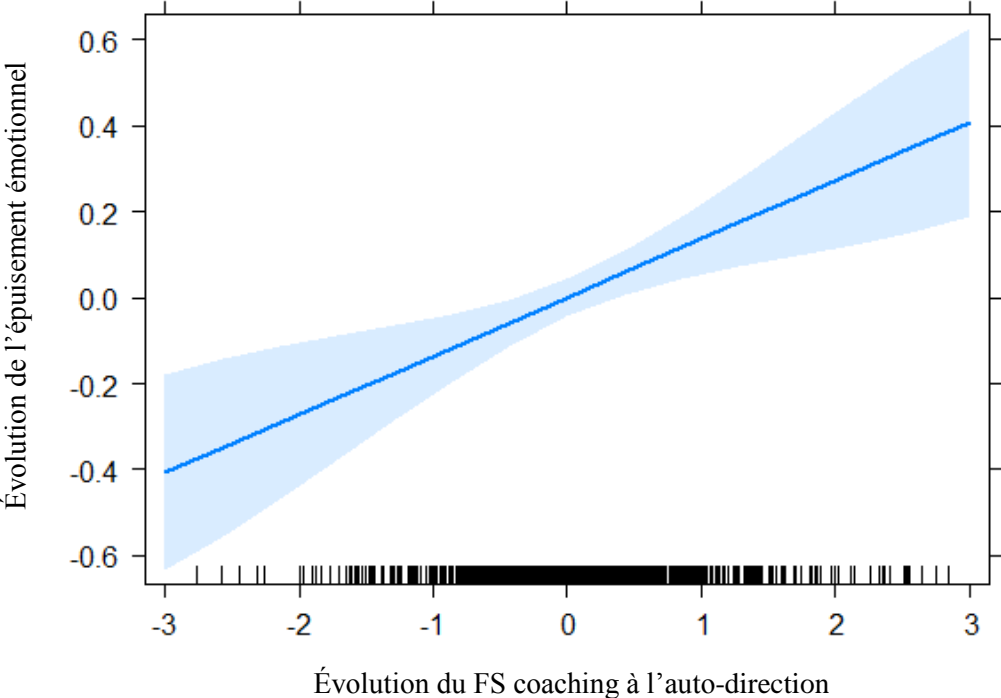


Figure 23. Effet de l'évolution du FS coaching à l'auto-direction sur l'évolution de l'épuisement émotionnel



4.3.4.2. *Effet de l'intervention sur l'épuisement émotionnel*

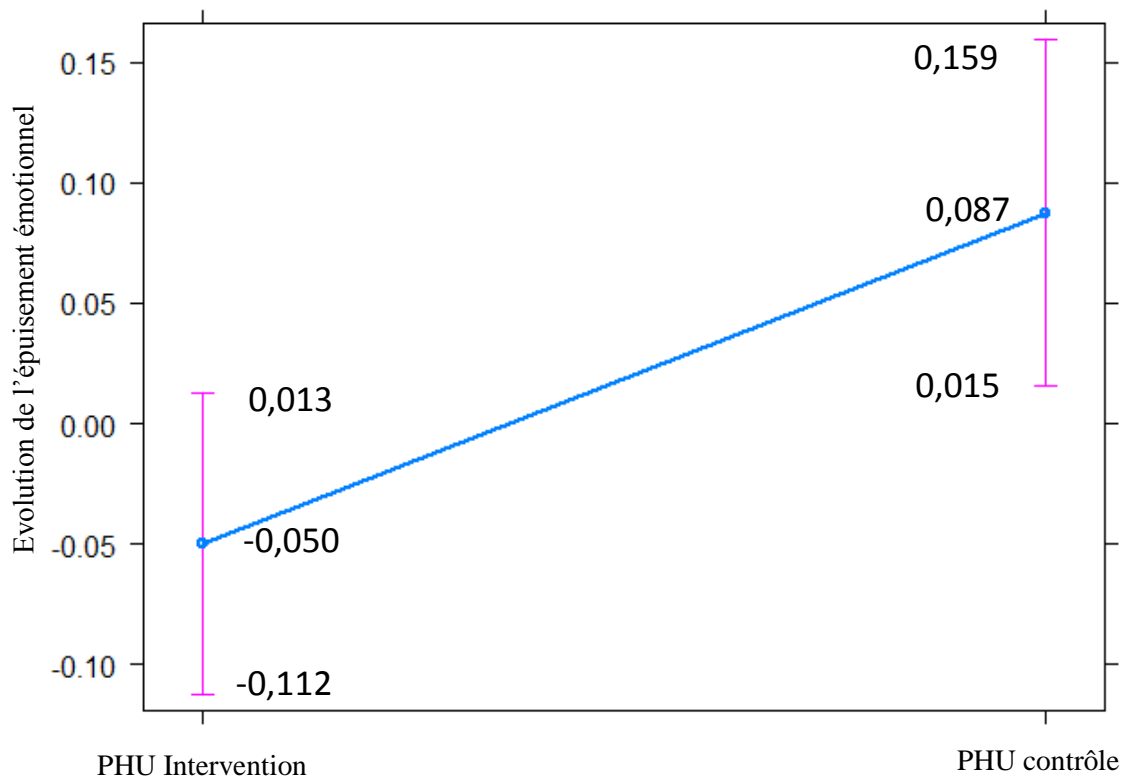
Conformément à nos attentes, nous constatons que la variable PHU (PHU expérimental versus PHU contrôle) a un effet significatif sur l'évolution de l'épuisement entre T0 et T1, avec un risque d'erreur à 0,7 % (MLM8). Plus précisément, nous observons que l'épuisement émotionnel augmente de 0,087 dans le PHU contrôle, et diminue de 0,050 dans le PHU expérimental (Figure 26). Toutefois, précisons que l'intervalle de confiance au risque de 5% de l'évolution de l'épuisement émotionnel varie entre -0,112 et +0,013 dans le PHU expérimental. Par conséquent, nous devons conclure que l'épuisement émotionnel n'a pas baissé significativement dans le PHU expérimental entre les deux temps de mesure. En revanche, l'épuisement émotionnel a significativement augmenté entre les deux temps de mesure dans le PHU contrôle, avec un intervalle de confiance au risque de 5% situé entre 0,015 et 0,159. En somme, toutes choses égales par ailleurs, l'effet de la variable PHU suggère, à minima, un effet protecteur de l'intervention, dans un contexte d'augmentation de l'épuisement émotionnel, dont témoigne le PHU contrôle. Nous pouvons considérer que l'hypothèse 5 est partiellement validée.

4.3.4.3. *Effet médiateur de l'évolution du FG LH*

À ce stade, nous avons montré (1) l'effet de l'intervention sur l'évolution du FG LH et sur l'évolution de l'épuisement émotionnel, et (2) l'effet de l'évolution du FG LH sur l'évolution de l'épuisement émotionnel. La comparaison du coefficient de régression de la variable PHU (PHU expérimental versus PHU contrôle) entre MLM8 et MLM9, nous indique une baisse de la taille de l'effet de l'intervention suite à la prise en compte de l'effet de l'évolution du LH entre T0 et T1 dans l'explication de l'épuisement. Plus précisément, le coefficient de régression passe de 0,137 à 0,094 lors du passage de MLM8 à MLM9. Notons que le risque d'erreur associé à l'effet de l'intervention demeure néanmoins inférieur à 5% dans MLM9. En outre, l'évolution du FG LH montre un effet significatif sur l'évolution de l'épuisement dans MLM9 comme nous l'avons déjà souligné. Par conséquent, conformément aux critères de Baron et Kenny (1986), nous pouvons conclure à une médiation partielle par l'évolution du FG LH de l'effet de l'intervention sur l'évolution de l'épuisement émotionnel. Considérant le fait que seul le FG LH est expliqué significativement par l'intervention, nous avons confirmé ce résultat en estimant un modèle semblable

à MLM9, mais en excluant cette fois-ci l'effet de l'évolution des FS du LH (MLM9-bis ; annexe 13). Nous confirmons la médiation partielle par la comparaison de MLM8 avec MLM9-bis. Par conséquent, nous pouvons considérer que l'hypothèse 6 est validée.

Figure 24. Effet de l'intervention sur l'évolution de l'épuisement émotionnel



Note : représentation graphique réalisée avec le package « ggplot2 », à partir de la description des effets réalisée avec le package « effects » à l'aide du logiciel R ; les segments roses représentent les intervalles de confiance au risque de 5% ; le segment bleu représente l'écart de scores entre les groupes.

4.4. Discussion et conclusion

Cette étude avait trois objectifs principaux. Le premier consistait à tester la structure bifactorielle du LH dans un échantillon plus important, et à confirmer l'invariance temporelle de cette modélisation au cours d'une année. Le deuxième objectif consistait à étudier l'effet d'un nouveau mode d'intervention systémique sur l'évolution du LH. Enfin, le troisième objectif consistait à tester l'effet de l'intervention et du LH sur l'évolution de l'épuisement émotionnel et à mettre en évidence le rôle médiateur du LH.

4.4.1. Modélisation du LH

Cette fois encore, les résultats obtenus confirment la supériorité du modèle BESEM du LH. La confirmation de nos résultats, qui plus est auprès d'un échantillon de taille largement supérieure, est un argument fort en faveur de cette configuration factorielle. En effet, avec un échantillon de plus de 900 participants à T0 et de plus de 500 participants à T1, nous limitons largement le risque d'un biais d'échantillonnage favorable à notre hypothèse bifactorielle (Barrett, 2007). En outre, la confirmation de l'invariance de la configuration BESEM du LH à T0 et à T1 peut être considérée comme un argument supplémentaire en faveur de ce modèle. En effet, l'invariance suppose que le sens attribué aux items par les participants, mais aussi les facteurs du LH que ceux-ci définissent, sont rigoureusement les mêmes d'une année à l'autre (Cheung & Rensvold, 2002 ; Schmitt & Kuljanin, 2008). Par conséquent, nous montrons que les résultats obtenus à T0 sont stables dans le temps, et limitons encore le risque d'un phénomène aléatoire.

À l'appui de ces résultats et de ceux de deux premières études, il semble raisonnable de soutenir la coexistence (1) d'un phénomène de globalité et (2) d'un phénomène de spécificité pour le LH, en cohérence avec certains travaux antérieurs (Chénard Poirier et al., 2017) : (1) un phénomène de globalité caractérisé par l'ensemble des conduites de LH dans le FG ; et (2) un phénomène de spécificité, caractérisé dans chacun des FS par des conduites de délégation de pouvoir, de responsabilisation, de coaching à l'auto-direction, de partage d'informations, de développement des compétences et de droit à l'erreur pour l'innovation.

Comme nous l'expliquions précédemment, la confirmation de l'existence d'un FG souligne premièrement l'intérêt des modèles plus parcimonieux du LH,

c'est-à-dire la pertinence d'intégrer plusieurs conduites habilitantes dans des dimensions plus englobantes (Amundsen & Martinsen, 2014 ; Sinclair et al., 2014). Néanmoins, le fait que les FS soient correctement identifiés doit nous interroger sur les limites des modèles parcimonieux, aussi bien pour rendre compte du LH que pour étudier ses effets. En effet, un modèle du LH avec des facteurs qui engloberaient plusieurs comportements serait susceptible d'opérationnaliser exclusivement le phénomène de globalité, et risquerait de nous fournir une vision parcellaire du LH, mais aussi de ses effets. Sur ce dernier point, nos résultats montrent tout l'intérêt de distinguer l'effet de la globalité du LH, de l'effet des conduites spécifiques. Pour rappel, dans notre deuxième étude, nous avons montré l'association positive des FS coaching à l'auto-direction, partage d'informations et droit à l'erreur avec le stress perçu. Cette fois-ci, nous avons montré l'association positive entre le FS coaching à l'auto-direction et l'évolution de l'épuisement émotionnel un an plus tard. Nous reviendrons plus en détail sur l'interprétation de ce résultat dans la suite de cette discussion. Quoi qu'il en soit, nous montrons que les conduites spécifiques du LH peuvent avoir des effets négatifs inattendus et antagonistes aux effets du FG. Cet exemple permet d'illustrer l'intérêt du modèle bifactoriel dans l'étude des effets du LH, et, à l'inverse, le risque de conclure à tort à des effets exclusivement positifs du LH avec des modèles plus englobants du LH.

Concernant plus particulièrement la liste des conduites managériales intégrées au LH, nous soulignons précédemment le statut ambigu de la responsabilisation par le supérieur dans la littérature. En effet, mis à part le LEBQ de Konczak et al. (2000), les échelles du LH ne distinguent par factoriellement la responsabilisation de la délégation (Amundsen & Martinsen, 2014 ; Pearce & Sims, 2002), voire n'intègrent tout simplement pas d'items relatifs à la responsabilisation (Ahearne et al., 2005 ; Arnold et al., 2000 ; Sinclair et al., 2014). Dans ce sens, nous avons pu constater dans nos études que les items de responsabilisation définissent davantage le FS responsabilisation que le FG LH. Néanmoins, la contribution des items de responsabilisation à la définition du FG LH demeure généralement significative, avec des coefficients de saturation compris entre 0,111 et 0,619 dans cette deuxième étude. En outre, cette fois encore, nous avons pu constater que le FS délégation et le FS responsabilisation sont bien distincts, avec des saturations croisées qui demeurent faibles. En somme, nos résultats suggèrent que la responsabilisation est un comportement qui relève du LH et qui doit être distingué de la délégation,

en cohérence avec la définition princeps du LH (Conger & Kanungo, 1988) et le modèle de Konczak et al. (2000).

4.4.2. Effet de l'intervention

Nos résultats témoignent d'un effet significatif de la variable PHU, à la fois sur l'évolution du FG LH et de l'épuisement émotionnel entre T0 et T1. En d'autres termes, nous observons bien une *évolution différentielle* entre les deux PHU, conformément à nos attentes. De ce point de vue, nous pouvons considérer que l'intervention est un succès. Toutefois, l'analyse de l'évolution au sein de chaque PHU nous indique que le score de FG LH et d'épuisement émotionnel n'a pas significativement évolué au sein du PHU expérimental. Par conséquent, l'effet significatif de l'intervention serait plus lié à une dégradation significative du FG LH et de l'épuisement dans le PHU contrôle qu'à une amélioration des indicateurs dans le PHU expérimental. Dans une telle configuration, et dans l'hypothèse où les deux PHU sont comparables, nous pouvons supposer que l'intervention a joué, a minima, un rôle protecteur dans un contexte général de diminution du FG LH et d'augmentation de l'épuisement émotionnel, dont témoignerait le PHU contrôle. Afin de soutenir cette interprétation, il nous semble important de comprendre ce qui a pu produire l'évolution observée sur le PHU contrôle et d'interroger la comparabilité des deux PHU sur ce point.

Comme nous l'expliquions, les analyses multi-niveaux et le contrôle de l'effet aléatoire UF nous permettent, d'emblée, d'exclure la possibilité que l'évolution constatée dans le PHU contrôle soit le résultat de transformations collectives, organisationnelles et/ou managériales lancées à l'échelle de certaines UF ou certains services. En d'autres termes, nous pouvons soutenir que l'effet observé de la variable PHU n'est pas lié à des changements de cadre ou de chef de service, ou plus généralement à des changements de politique managériale localisés et indépendants des autres UF des PHU¹⁵. De même, nous pouvons aussi soutenir que l'effet observé de la variable PHU n'est pas lié aux variations de spécialité médicale entre les différentes UF et services des deux

¹⁵ Considérant l'autonomie relative des cadres de santé et des chefs de service dans le style de management et les transformations organisationnelles qu'ils peuvent mettre en œuvre dans leur périmètre, il nous semble que le contrôle de l'effet aléatoire UF était une précaution statistique incontournable (Bliese et al., 2018). Plus généralement, nous limitons le risque de conclure à tort à un effet de l'intervention (i.e., erreur de type I ; Singmann & David, 2019).

PHU¹⁶. Par conséquent, l'évolution observée dans le PHU contrôle est nécessairement le résultat de transformations globales survenues à l'échelle du pôle. Nous avons réalisé un entretien avec le cadre supérieur du PHU contrôle, afin d'explorer les transformations ou évènements significatifs, qui seraient survenus dans le pôle témoin pendant la recherche. Nous avons appris que le cadre supérieur du PHU contrôle avait été absent pendant plusieurs mois dans le cadre d'un arrêt maladie, pendant que nous conduisions l'intervention au niveau du PHU expérimental. Pendant cette période d'absence, il a été remplacé par un cadre de santé du PHU contrôle. Nous avons également rencontré le remplaçant en entretien de recherche. Mis à part cette absence, les deux personnes rencontrées ne nous ont pas rapporté avoir conduit de projet de transformations susceptible d'affecter les collectifs, les organisations ou le management à l'échelle du PHU contrôle. Concernant l'absence du cadre supérieur, précisons qu'il a repris ses fonctions plusieurs mois avant le deuxième recueil de données (T1), si bien que la direction du PHU contrôle (comme celle du PHU expérimental) était rigoureusement la même lors des deux temps de mesure. Par conséquent, il semble raisonnable de soutenir que l'évolution constatée du FG LH et de l'épuisement émotionnel dans le PHU contrôle témoigne d'une tendance de fond, qui ne peut être attribuée à des transformations conduites sur le pôle entre les deux temps de mesure : le PHU contrôle est bien demeuré « passif » pendant la recherche.

Il nous semble que plusieurs pistes explicatives complémentaires peuvent être développées, à la fois pour comprendre l'évolution des scores dans le PHU contrôle, mais aussi l'effet limité de l'intervention dans le PHU expérimental. Pour commencer, l'évolution constatée pourrait refléter l'effet retardé et/ou durable de politiques menées au sein du CHU en amont de la recherche. Sur ce point, il est important de préciser que le CHU a conduit de nombreuses « réorganisations » et « recompositions capacitaires » dans ses différents pôles, dans un but de « virage vers le soin ambulatoire » (i.e., de transformation des pratiques médico-soignantes et de réduction du nombre de lits, pour orienter le soin vers une prise en charge sur la journée, sans hospitalisation), mais aussi de retour à l'équilibre financier. Tous les pôles du CHU ont été concernés. La grande majorité des transformations a été conduite en deux ans entre 2013 et 2014, c'est-à-dire quatre ans avant le début de la recherche. Si ces

¹⁶ Précisons que le PHU expérimental comporte davantage de services médicaux que de services chirurgicaux, et que le PHU contrôle, à l'inverse, comporte davantage de services chirurgicaux que médicaux.

transformations ont permis un retour à l'équilibre financier (Gambert, 2016), elles ont généré de nombreux conflits sociaux, et sont régulièrement citées dans la presse (Fresneau, 2014 ; Gambert, 2020b ; Gauchard, 2011, 2014) comme dans les entretiens que nous avons conduits, comme responsables d'une diminution du nombre de salariés, et plus généralement d'une augmentation de la charge de travail et d'une diminution des moyens humains disponibles pour y faire face, au détriment de la qualité des soins et de la santé au travail des professionnels.

En outre, jusqu'à aujourd'hui (Gambert, 2020a ; Gauchard, 2020), le SST du CHU a régulièrement alerté dans son bilan annuel quant au retentissement sur la santé psychologique de ces transformations. En 2014, le rapport concluait que, « cette année encore, les risques psychosociaux [apparaissent] au premier plan [dans] un contexte institutionnel mouvementé [avec] différentes restructurations, réorganisations, déménagements, travaux [...] (p. 19 ; Tripodi et al., 2014). Autant de facteurs qui [auraient] déstabilisé les salariés ». En 2016, c'est-à-dire après la phase la plus intense de restructurations, le SST rapporte « la majoration du nombre de situations de surmenage voire d'épuisement professionnel constatée sur l'ensemble du CHU, survenant dans un contexte institutionnel mouvementé, et touchant tous les grades, y compris l'encadrement à tous ses niveaux et le corps médical » (p. 16 ; Tripodi et al., 2016).

À l'appui de ces éléments, nous pouvons supposer que les transformations réalisées par le passé pourraient expliquer l'évolution de l'épuisement constatée dans le PHU contrôle, dans la mesure où celles-ci auraient conduit à une augmentation de la charge de travail et/ou à une diminution des ressources pour faire face. En effet, deux méta-analyses récentes regroupant des études internationales prospectives montrent l'effet négatif d'une forte charge de travail, et à l'inverse, l'effet protecteur des ressources professionnelles (e.g., soutien des collègues, soutien de l'organisation) sur l'évolution à moyen terme de l'épuisement émotionnel, c'est-à-dire un à cinq ans après la mesure de l'exposition environnementale (Aronsson et al., 2017 ; Seidler et al., 2014). De plus, les transformations organisationnelles sont identifiées comme des facteurs prédicteurs d'épuisement émotionnel dans le milieu des soins (Day et al., 2017 ; Koppel et al., 2015 ; Nelson & Stewart, 2019). Ces éléments de la littérature scientifique, associés aux observations du terrain, soutiennent, selon nous, l'hypothèse d'un effet retardé et durable des réorganisations passées sur l'évolution de l'épuisement émotionnel dans le PHU contrôle. Enfin, rappelons que l'épuisement émotionnel implique une perte de ressources personnelles et

donc une diminution de la capacité des individus à s'adapter, susceptible en retour de renforcer encore le niveau d'épuisement dans une spirale ascendante (Bakker & Costa, 2014 ; Demerouti et al., 2004 ; Hobfoll, 1989). Autrement dit, l'épuisement constitué lors des transformations passées pourrait également s'auto-renforcer dans le temps, et selon nous, expliquer aussi l'augmentation de l'épuisement constatée entre T0 et T1 dans le PHU contrôle.

En somme, à ce stade de la discussion, nous pouvons formuler l'hypothèse que les réorganisations et recompositions capacitaires menées en 2013 et 2014 pour l'ensemble du CHU expliquent l'augmentation de l'épuisement observée dans le PHU contrôle entre T0 et T1 (i.e., entre 2018 et 2019). En considérant que les deux PHU ont été réorganisés et recomposés sur la même période (i.e., que les deux PHU sont comparables ; Tripodi et al., 2014), il y a lieu de considérer que l'intervention a permis, a minima, de stopper la progression de l'épuisement dans le PHU expérimental.

Concernant l'évolution du LH maintenant, précisons que les réorganisations passées ont été, pour la plupart, décidées de manière unilatérale par la direction (Gambert, 2020b), c'est-à-dire avec une participation limitée des équipes médico-soignantes, conduisant le SST à recommander en 2016 « le management participatif et l'amélioration de la communication comme des leviers importants pour amorcer des axes de prévention des risques psychosociaux » (p. 17 ; Tripodi et al., 2016), en écho des recommandations nationales de la HAS (2013, 2016). En somme, il apparaît que le top-management du CHU a mis en œuvre un management directif et faiblement habilitant dans la conduite des transformations passées, tel que nous pouvons l'observer plus généralement dans le contexte hospitalier français (Petit Dit Dariel, 2015).

De la même manière que nous envisageons des effets retardés et/ou durables des transformations organisationnelles sur l'évolution de l'épuisement, il nous semble envisageable que les conduites managériales passées de la direction du CHU puissent influencer encore aujourd'hui les conduites managériales de l'encadrement intermédiaire et de proximité au sein du CHU. En effet, la direction du CHU fait autorité sur la direction des PHU, mais aussi sur tout leur encadrement. Or, rappelons que la littérature montre que le style de leadership adopté par la direction oriente les pratiques managériales de l'encadrement, vraisemblablement selon des mécanismes à la fois prescriptifs-hiérarchiques (e.g., un manager qui a l'injonction d'adopter un certain style de leadership ; Carney & Getz, 2016 ; Migneault et al., 2009) et identificatoires (i.e., un manager qui s'identifie au style de leadership du directeur ; Brown & Treviño,

2014). Autrement dit, il est possible que les conduites directives antérieures aient été intériorisées par l'encadrement intermédiaire et de proximité, et qu'elles se maintiennent encore actuellement dans les pratiques, comme un héritage culturel.

Toutefois, si cette hypothèse peut nous permettre de comprendre un *faible niveau* de pratiques habilitantes, elle nous semble insuffisante pour expliquer la *baisse du niveau* de FG LH que nous avons observée entre 2018 et 2019 (i.e., entre T0 et T1) dans le PHU contrôle, c'est-à-dire quatre ans après la phase intense de réorganisations. Il nous semble probable que cette baisse soit également liée au maintien et à l'expression d'un leadership directif entre le CHU et les PHU pendant la recherche, susceptible d'orienter les pratiques de l'encadrement vers moins d'habilitation.

Plusieurs éléments qualitatifs tirés de l'analyse de l'accompagnement du PHU expérimental nous semblent soutenir cette hypothèse. Durant la phase d'intervention, un service du PHU expérimental a changé de chef de service. Ce changement est survenu pendant l'étape 3 du protocole, c'est-à-dire pendant la phase de restitution des livrables aux équipes médico-soignantes. Prenant ses fonctions, le chef de service a exigé que le service quitte le dispositif d'intervention. Précisons, à ce stade, qu'une restitution avait déjà été réalisée dans l'une des UF du service, et donc qu'un engagement avait été pris par la direction vis-à-vis de l'équipe de revenir en concertation. En outre, les équipes médico-soignantes et le cadre de santé du service avaient jusqu'ici montré un engagement important dans l'intervention, manifesté notamment par les cinquante entretiens réalisés, et les attentes fortes exprimées par le cadre et l'équipe au facilitateur. Enfin, précisons que les livrables qualitatifs avaient été validés par le COPIL et envoyés au chef de service pour validation préalable conformément au protocole, et qu'ils ne comportaient aucun élément à charge contre lui (exemple de livrable en annexe 14).

La direction du PHU expérimental a d'abord ouvert le dialogue pour tenter de convaincre le nouveau chef de service de l'intérêt de l'accompagnement. Celui-ci a ensuite contacté directement le directeur général du CHU et menacé de démissionner de ses fonctions de responsable, si le service ne sortait pas de l'intervention. Suite à cet échange, le directeur général a rassemblé les directeurs impliqués dans le projet pour exprimer son soutien à la demande du chef de service et enjoindre les directeurs à réguler la situation dans ce sens. Une rencontre a ensuite été organisée entre l'investigateur coordonnateur, le facilitateur et le chef de service, sous l'autorité de la direction du PHU, afin de

négoier les modalités de sortie du service. Nous avons alors réexpliqué la logique de l'accompagnement et l'intérêt de l'habilitation, et interrogé les raisons du refus de participer de la part du chef de service. Celui-ci a alors clairement exprimé que cela ne l'intéressait pas, qu'il n'avait rien signé et qu'il craignait une intervention des syndicats. La direction du PHU a alors tenté de le rassurer en expliquant que les restitutions étaient jusqu'ici bien menées et intéressantes. Faisant l'hypothèse d'un enjeu de conservation du pouvoir, nous lui avons alors expliqué que le projet Chrysalide ne consistait pas à faire disparaître l'encadrement médical, que la vision du chef de service devait au contraire rester au cœur de la démarche, et enfin, que l'ambition du projet était de permettre la participation de l'équipe à l'opérationnalisation et à l'accomplissement de cette vision, de telle sorte que tous les professionnels puissent s'accomplir dans leur travail au service du patient. Face à un refus catégorique du chef de service, et au soutien dont ce dernier a bénéficié de la part du directeur général, le COPIL a procédé à l'exclusion des UF du service de l'accompagnement, qui avait pourtant débuté depuis cinq mois. Par la suite, nous avons observé la déprogrammation à l'agenda (et l'absence) du directeur général lors des réunions du COPIL. L'accompagnement a néanmoins pu se poursuivre selon le protocole dans les seize autres UF du PHU expérimental. Mis à part le chef du service sortant, nous n'avons pas rencontré d'opposition caractérisée chez les cinq autres chefs de service.

En somme, ce cas concret met en lumière (1) l'arbitrage du directeur général en faveur du management directif du chef de service, et (2) la rétractation de son soutien à la transformation managériale menée au sein du PHU expérimental. Pour commencer, précisons que ce désengagement nous a particulièrement surpris. En effet, lors de l'annonce du financement du projet par la DGOS, le directeur général s'était montré particulièrement enthousiaste et reconnaissant pour notre succès, mais aussi particulièrement engagé dans le dispositif d'habilitation. Lors de la première rencontre organisée avec lui par le directeur des ressources humaines, le directeur général avait même suggéré de mettre en place une intervention sur l'ensemble du CHU. À la suite de cette rencontre, il nous avait alors demandé de lui rédiger, avec le directeur des ressources humaines, un courrier qu'il signerait et enverrait au directeur général de l'agence régionale de santé, afin de le tenir informé du projet (copie du courrier signé par le directeur général en Annexe 15). Il avait ensuite tenu à animer le COPIL de préparation au lancement de Chrysalide, avant le tirage au sort du PHU expérimental, avec tous les directeurs des deux PHU de l'étude. Il avait alors

témoigné de son soutien au projet et enjoint les directeurs à s'engager dans le dispositif.

Quoi qu'il en soit, il nous semble que ce changement de positionnement en cours d'accompagnement est susceptible d'avoir eu un effet particulièrement négatif sur l'intervention. Rappelons que le directeur général a autorité sur l'ensemble de la chaîne hiérarchique du CHU, et valide/définit la politique managériale de l'établissement. Par conséquent, nous pouvons supposer que son opposition à l'habilitation est susceptible d'inciter l'ensemble de la chaîne hiérarchique à revenir vers les pratiques de management antérieures. Dans ce sens, la littérature ethnographique montre bien en quoi l'engagement du directeur général dans la transformation est central pour modifier durablement les pratiques de management vers l'habilitation des équipes (Carney & Getz, 2016 ; Getz, 2009). Autrement dit, nous pouvons supposer que le désengagement du directeur général pourrait expliquer l'absence d'augmentation significative du FG LH au sein du PHU expérimental.

En outre, au-delà du PHU expérimental, il nous semble probable que le changement de positionnement observé témoigne plus généralement de la validation par le directeur général d'un style de management directif au sein du CHU. En effet, les conditions offertes par l'intervention Chrysalide, additionnées au fort engagement du reste du COPIL (i.e., directeur des ressources humaines, directeur de plateforme, directeur des soins, chef médical de PHU, et cadre supérieur de PHU) et de l'encadrement de proximité, incitaient, au contraire, à l'adoption d'une posture de soutien du directeur général à l'intervention, face au chef de service. En conséquence, nous pouvons faire l'hypothèse que le directeur général aurait tendance plus généralement à adopter un style de leadership directif au sein du CHU, et que le soutien affiché initialement au projet ne reflétait pas une adhésion profonde au LH.

Toutefois, cette situation n'engage pas seulement le style de leadership présumé du directeur général. Il est possible que la menace de démission du chef de service, même si elle ne concernait que la responsabilité du service, ait également poussé le directeur général à se désengager de l'intervention. En effet, certains profils médicaux sont très rares sur le marché du travail et la concurrence est importante entre les établissements de santé pour les attirer et les retenir (Véran, 2013). Perdre l'un de ces médecins est susceptible d'engager d'importantes difficultés de fonctionnement et un manque à gagner important pour l'établissement (Véran, 2013). Dès lors, rompre l'alliance avec un tel médecin, dans un contexte si concurrentiel entre les établissements, peut faire

courir le risque à moyen terme d'un départ et d'une perte « d'hyper-compétences ». Par conséquent, il est également envisageable que le pouvoir du chef de service, conféré par la rareté d'un tel profil, puisse également contribuer au désengagement du directeur général, poussé à satisfaire les exigences du chef de service.

Néanmoins, il semble hasardeux ici de généraliser ce phénomène d'influence médicale à l'ensemble du CHU, pour comprendre l'évolution observée du LH dans le PHU contrôle. De plus, la littérature ethnographique montre que l'opposition d'une partie de l'encadrement est courante dans la conduite des transformations managériales, et que c'est, en définitive, l'engagement du directeur général qui est un facteur déterminant pour maintenir la transformation (Getz, 2009 ; Carney & Getz, 2016). Toutefois, ce cas concret permet d'illustrer comment le contexte national est susceptible de donner à certains acteurs (médicaux ici) un pouvoir important dans les hôpitaux, potentiellement suffisant pour freiner une évolution des pratiques managériales, pourtant recommandée par la HAS (2013, 2015). Quoi qu'il en soit, tous ces éléments soutiennent l'hypothèse d'un effet du niveau CHU, voire du contexte national, pour expliquer la baisse du FG LH constaté dans le PHU contrôle. Considérant que le PHU expérimental et le PHU contrôle partagent le même CHU et le même contexte national, il nous semble raisonnable de considérer que l'intervention a permis, à minima, d'empêcher la baisse du FG LH dans le PHU expérimental.

La combinaison de nos résultats quantitatifs et de nos observations ethnographiques soutient l'intérêt de mettre en œuvre des interventions systémiques, visant tous les niveaux hiérarchiques de l'organisation, au service d'une augmentation du LH. À notre connaissance, il s'agit de la première étude expérimentale contrôlée randomisée à tester l'effet d'un accompagnement multi-niveaux sur l'évolution du LH dans une grande organisation. Sur ce point, nous confirmons expérimentalement certaines conclusions issues des études ethnographiques analysant l'évolution des pratiques managériales habilitantes ou « libératrices » dans les organisations professionnelles (Carney & Getz, 2016 ; Getz, 2009 ; Getz et al., 2013), en particulier le déterminisme systémique des conduites managériales de l'encadrement de proximité et l'intérêt de transformer globalement les pratiques à tous les niveaux de l'organisation, en commençant par le dirigeant. À ce titre, les analyses multi-niveaux montrent tout leur intérêt, puisqu'elles nous permettent d'assurer que l'effet observé relève bien d'une tendance de fond, influençant les pratiques (et l'épuisement) à l'échelle des

PHU, indépendamment des événements survenus localement dans certaines UF. Plus généralement, elles nous permettent de confirmer avec plus de certitude, aussi bien l'effet de l'intervention que l'effet de facteurs relevant des niveaux CHU et national.

En outre, nous montrons l'intérêt de combiner plusieurs méthodes de transformations, à savoir (1) la formation au LH, (2) le coaching individuel des managers, (3) le débriefing collectif, et (4) l'entraînement en condition réelle des managers, tout cela au service (5) d'une démarche participative pour la promotion de l'habilitation et de la QVT des équipes, (6) facilitée par des psychosociologues, et (7) selon un protocole standardisé et reconnu scientifiquement. Rappelons que les études expérimentales antérieures s'étaient concentrées sur la formation et le coaching individuel des managers, avec l'encouragement à expérimenter en condition réelle (Dahinten et al., 2014 ; MacPhee et al., 2014 ; Martin et al., 2012). Considérant l'évolution négative observée dans le PHU contrôle et les éléments qualitatifs rapportés, il nous semble que l'encadrement protocolaire, sous la forme d'une démarche participative des équipes associant la direction, a joué un rôle central dans le succès de notre intervention. Le désengagement et l'opposition du directeur général au milieu de l'accompagnement auraient pu conduire à l'annulation pure et simple de la démarche, si l'accompagnement avait seulement été proposé auprès de l'encadrement. L'engagement pris vis-à-vis des équipes (par les directeurs et les managers) nous semble avoir constitué un « verrou de sécurité positif », favorisant la poursuite de l'accompagnement et le maintien d'un certain niveau de LH par la direction du PHU et l'encadrement de proximité, malgré la perte de l'appui du directeur général. Dans ce sens, une étude expérimentale menée par Laschinger et ses collègues (2012) avait déjà montré l'effet positif de l'accompagnement direct des équipes par l'encadrement de proximité avec l'appui d'un facilitateur, sur l'habilitation structurelle des professionnels, connue pour être associée positivement au LH du manager de proximité (Dahinten et al., 2014).

4.4.3. Effet du LH sur l'épuisement émotionnel

Pour finir, nos résultats indiquent que l'évolution du FG LH au cours de l'intervention médiatise partiellement les effets de l'intervention sur l'épuisement émotionnel. En d'autres termes, une partie des effets protecteurs de

l'intervention contre l'augmentation de l'épuisement émotionnel est liée au fait que l'intervention a protégé le PHU expérimental d'une baisse du FG LH, comparativement au PHU contrôle. À notre connaissance, il s'agit de la première étude expérimentale contrôlée randomisée montrant l'effet protecteur du FG LH contre l'augmentation de l'épuisement émotionnel un an plus tard. En d'autres termes, nous confirmons expérimentalement l'intérêt de promouvoir la mise en œuvre de l'ensemble des conduites de LH pour améliorer l'épuisement émotionnel, dans le sens de ce que nous avons déjà observé dans notre première étude, en cohérence avec les quelques études transversales sur le sujet (Bobbio et al., 2012 ; Lorinkova & Perry, 2017). En outre, indépendamment de l'effet de l'intervention et de l'effet de l'évolution du FG LH entre T0 et T1, nous montrons que le niveau de FG LH initial est associé négativement à l'évolution de l'épuisement un an plus tard. Ce résultat complémentaire est particulièrement intéressant, dans la mesure où il assoit la valeur pronostic du FG LH dans l'évolution de l'épuisement émotionnel un an plus tard. En somme, conformément à nos hypothèses, l'ensemble de nos résultats confirme que le FG LH est une ressource professionnelle importante, permettant aux professionnels de s'ajuster efficacement aux exigences rencontrées dans leur travail (Bakker & Demerouti, 2014), au service d'une diminution de leur épuisement professionnel à moyen terme. De tels résultats encouragent à envisager la promotion du FG LH dans les organisations comme un moyen efficace de prévention en matière de santé psychologique. En conséquence, nous pouvons considérer que le positionnement de la HAS (2013, 2015), en faveur d'un pilotage participatif de la performance des établissements de santé, est tout à fait pertinent.

Dans le même sens, l'analyse de l'effet des facteurs spécifiques montre l'association négative entre le FS délégation de pouvoir à T0 et l'évolution de l'épuisement émotionnel un an plus tard, et cela indépendamment de l'effet du FG et des autres FS du LH. Considérant que la délégation de pouvoir est déjà prise en compte dans l'effet du FG, ce résultat indique l'importance de ce comportement dans l'explication de la variable dépendante. Nous confirmons les conclusions de notre première étude sur l'effet positif du FS délégation, cette fois-ci sur l'évolution de l'épuisement émotionnel à moyen terme, en cohérence avec la littérature, qui montre l'effet positif systématique de la délégation de pouvoir sur l'HC (Chénard Poirier et al., 2017). En somme, nous pouvons conclure que la délégation de pouvoir se comporte comme une ressource professionnelle (Bakker & Demerouti, 2014 ; Demerouti et al., 2001), susceptible de diminuer l'épuisement à moyen terme, et non comme un exigence

professionnelle relevant du défi (Crawford et al., 2010 ; Lepine et al., 2005), comme nous l'avions supposé en introduction de ce travail de thèse.

De la même manière, nous montrons que les FS droit à l'erreur pour l'innovation et partage d'informations sont associés négativement à l'évolution de l'épuisement émotionnel. Comme pour la délégation de pouvoir, ce résultat indique que le droit à l'erreur et le partage d'informations par le supérieur sont des ressources importantes pour faire face aux exigences professionnelles. Rappelons que nous avons observé une association positive entre ces deux FS et le stress perçu dans l'Étude 2. Ce résultat suggérait, au contraire, que le partage d'informations et le droit à l'erreur pour l'innovation pouvaient constituer des exigences stressantes pour les salariés. Toutefois, nous n'avons pas observé d'association positive des FS partage d'informations et droit à l'erreur pour l'innovation avec le cortisol salivaire au réveil. En d'autres termes, le LH témoignait d'un effet positif sans ambiguïté sur le niveau de cortisol salivaire, au travers de l'effet du FG LH et du FS responsabilisation. Nous avons alors formulé que si le LH pouvait montrer un effet ambigu sur le stress perçu, il était susceptible, en revanche, de favoriser un ajustement efficace, caractérisé par la réduction du niveau d'activation des mécanismes biologiques de la réponse au stress. Les résultats de cette troisième étude nous permettent d'étendre cette interprétation aux comportements de partage d'informations et de droit à l'erreur pour l'innovation. Lorsque ces conduites sont mises en œuvre, elles peuvent contribuer à augmenter le stress perçu (i.e., Étude 2), mais elles favorisent néanmoins un ajustement efficace et durable à moyen terme contre les exigences professionnelles, caractérisé par la diminution de l'épuisement émotionnel un an plus tard (i.e., la présente étude).

En revanche, nous constatons que le niveau de FS coaching à l'auto-direction à T0, de même que son évolution entre T0 et T1, contribuent à augmenter l'épuisement émotionnel un an plus tard, une fois l'effet positif du FG pris en compte. Rappelons que nous avons également montré une association positive entre le FS coaching à l'auto-direction et le stress perçu dans notre deuxième étude (une fois que l'effet positif du FG avait été pris en compte). En d'autres termes, nous confirmons à moyen terme que ce comportement de coaching à l'auto-direction produit des effets contrastés. D'une part, l'association négative entre le FG LH et l'épuisement nous indique que le coaching à l'auto-direction diminue l'épuisement à moyen terme lorsqu'il est associé avec les autres conduites de LH. D'autre part, l'effet du FS nous

indique que le coaching à l'auto-direction augmente l'épuisement lorsqu'il est envisagé isolément des autres conduites de LH.

Comme nous le suggérons dans notre deuxième étude, une explication possible consiste à envisager que le coaching à l'auto-direction exerce l'effet d'une exigence professionnelle sur les salariés (Demerouti et al., 2001). En effet, la littérature montre que les exigences professionnelles sont susceptibles d'augmenter l'épuisement émotionnel, et que leur effet négatif est susceptible d'être atténué par les ressources professionnelles (Bakker & Demerouti, 2014, 2017). Toutefois, rappelons que nous avons montré dans notre première étude un effet positif du FS, à l'aide d'un protocole transversal, sur les affects positifs. Considérant ce résultat, il nous semble plus probable que le FS coaching à l'auto-direction soit à considérer comme une exigence relevant du défi. En effet, rappelons que les exigences relevant du défi constituent des challenges stressants et épuisants, mais qu'elles sont également susceptibles de favoriser le développement des salariés et leur bien-être (Crawford et al., 2010 ; Lepine et al., 2005 ; Tadić et al., 2015).

Dans ce sens, comme dans nos deux premières études, nous constatons que le FS coaching à l'auto-direction est davantage défini par *l'incitation* à l'autonomisation (i.e., les items 8 et 9 ; $\lambda = 0,470-0,577$) que par *l'aide* à l'autonomisation (i.e., l'item 7 ; $\lambda = 0,233$). S'il semble évident que *l'aide* relève d'un comportement ressource, *l'incitation* à l'autonomisation, à l'inverse, nous semble pouvoir constituer un défi pour les salariés, en particulier quand elle n'est pas accompagnée des autres conduites de LH, telles que le soutien au développement des compétences par exemple. En effet, certains travaux montrent que l'autonomie implique un effort chez le salarié, en particulier lorsqu'elle est associée à un faible soutien social (Kubicek et al., 2017), dans la mesure où le professionnel doit prendre les décisions par lui-même sur la méthode ou la planification du travail par exemple (Kubicek et al., 2014).

En somme, il nous semble que le coaching à l'auto-direction pourrait représenter une forme d'injonction à l'autonomie, et par conséquent exercer l'effet d'une exigence relevant du défi. Cette exigence contribuerait d'une part à favoriser le développement du salarié (i.e., étude N°1 de la thèse), mais aussi à le stresser (i.e., étude N°2) et à l'épuiser à moyen terme (i.e., cette étude N°3), lorsqu'elle n'est pas associée aux autres conduites de LH. En conséquence, nous retiendrons l'importance d'inciter les managers à mettre en œuvre l'ensemble des conduites de LH, afin de garantir des effets positifs sur l'évolution à moyen terme de l'épuisement émotionnel des salariés.

4.4.4. Limites et perspectives

Quelques limites liées à cette étude méritent d'être soulignées. Tout d'abord, nous sommes convaincus que la taille de l'effet de l'intervention pourrait être améliorée par quelques aménagements du protocole d'intervention. Pour commencer, il nous semble qu'un véritable consentement éclairé signé du directeur général devrait constituer un critère d'inclusion du CHU dans la recherche, ceci afin de renforcer l'engagement de cet acteur essentiel à la transformation (Carney & Getz, 2016). Ensuite, il nous semble que le coaching individuel devrait être étendu aux directeurs du PHU expérimental et au directeur général du CHU, et conduit par des dirigeants ayant l'expérience personnelle d'une telle transformation dans leur organisation. Il nous semble qu'un tel accompagnement pourrait renforcer l'adhésion à l'habilitation via des mécanismes d'identification, mais aussi, plus simplement, rassurer les directeurs dans les moments de doutes inhérents à la transformation (Gérard, 2017 ; Zobrist, 2020), mieux que nous avons pu le faire.

En outre, il nous semble que l'adhésion des médecins chef de service pourrait être renforcée, en préférant la qualité des soins à la QVT comme prétexte de la démarche participative. En effet, nous avons constaté à de multiples reprises que la QVT ne constituait pas un sujet mobilisateur pour les médecins, en particulier pour les chefs de service. Considérant la force de leur engagement pour l'innovation en matière de prise en charge médicale, nous pouvons faire l'hypothèse que le sujet de la qualité des soins serait plus mobilisateur, et nous permettrait de limiter le risque d'opposition médicale au LH. Quoi qu'il en soit, notre étude montre sans aucune ambiguïté l'intérêt de transformer le management hospitalier vers l'habilitation, au service de la diminution de l'épuisement émotionnel des professionnels. Dans la poursuite de cet objectif, nous retiendrons que le protocole Chrysalide montre des effets modérés, mais néanmoins tout à fait encourageants, considérant l'état de tension sociale particulièrement important que connaît le milieu hospitalier aujourd'hui.

Pour finir, il nous semble important de poursuivre les analyses. Tout d'abord, il serait intéressant d'étudier l'effet de l'intervention sur les données recueillies à T2, c'est-à-dire un an après la fin de l'intervention. Des modèles plus complexes pourraient également être testés, en envisageant d'autres variables médiatrices de l'effet de l'intervention, ou l'effet modérateur de variables individuelles (e.g., les attentes d'habilitations), collectives (e.g., soutien social) et/ou organisationnelles (e.g., charge de travail). Nous pourrions

également étudier l'effet de l'intervention sur d'autres variables de santé, mais aussi sur des variables plus directement reliées à la performance médico-économique des établissements, telles que l'absentéisme ou la qualité des soins par exemple.

5. DISCUSSION GÉNÉRALE

5.1. Modélisation bifactorielle du LH

L'ensemble de nos trois études montre la supériorité de la configuration bifactorielle du LH, selon les critères de Morin et ses collègues (Gillet et al., 2019 ; Morin et al., 2016). Ce résultat indique, au plan psychométrique, que les items du LEBQ (Konczak et al., 2000) reflètent simultanément plusieurs construits (i.e., multi-dimensionnalité), et par extension, que les six dimensions initialement proposées par Konczak (2000) recouvrent en fait plusieurs réalités managériales : (1) un phénomène de globalité, caractérisé par la mise en œuvre de l'ensemble des conduites de LH ; et (2) un phénomène de spécificité, caractérisé par des conduites spécifiques de délégation de pouvoir, de responsabilisation, de coaching à l'auto-direction, de partage d'informations, de développement des compétences et de droit à l'erreur pour l'innovation.

Pour commencer, l'identification d'un FG est cohérente avec la littérature. En effet, dans la plupart des études, les pratiques habilitantes sont opérationnalisées au moyen d'un score global (Boudrias & Bérard, 2016). En outre, les échelles de LH les plus récentes proposent de regrouper les différents comportements habilitants dans un nombre limité de facteurs généraux (e.g., l'échelle en trois dimensions de Sinclair et al., 2014, ou l'échelle en deux dimensions de Amundsen & Martinsen, 2014). Plus généralement, nos résultats soutiennent la pertinence d'opérationnaliser le LH au travers de modèles plus parcimonieux.

Toutefois, le fait que les FS soient correctement définis une fois que le FG a été pris en compte nous invite à interroger les limites des opérationnalisations parcimonieuses du LH. Rappelons que les FS sont à considérer comme des manifestations résiduelles, une fois que le phénomène de globalité a été pris en compte (Markon, 2019 ; Morin et al., 2016). En d'autres termes, toute la variance des items du LH n'a pas été appréhendée par le FG, et cette variance résiduelle permet de définir correctement chacune des conduites habilitantes. Au-delà d'un phénomène résiduel, les facteurs spécifiques peuvent être considérés comme des déviations de la globalité, témoignant d'un déséquilibre dans la mise en œuvre du LH (Gillet et al., 2019). En des termes managériaux, nos résultats indiquent que le superviseur est susceptible de manifester l'ensemble des conduites habilitantes (i.e., le FG), mais aussi des conduites

spécifiques de LH (i.e., les FS). Ces FS ne peuvent pas être appréhendés au moyen des mesures parcimonieuses qui opérationnalisent le LH sous la forme d'un score global, et dans une moindre mesure par les échelles regroupant plusieurs conduites dans des facteurs généraux (e.g., Amundsen & Martinsen, 2014). En conséquence, nous pouvons craindre que les mesures parcimonieuses fournissent une vision parcellaire de la réalité du LH, en ne permettant pas de rendre compte de la spécificité de certaines pratiques.

Toutefois, les mesures multifactorielles classiques (e.g., le modèle en six facteurs de Konczak, 2000) sont susceptibles de rendre compte uniquement de l'effet singulier des différentes conduites, dans la mesure où elles ne prennent pas en compte de facteur global. De plus, il est probable que les effets singuliers opérationnalisés par ces mesures, soient moins spécifiques que ceux opérationnalisés par les FS dans une analyse bifactorielle. En effet, rappelons que la définition des FS n'est plus tout à fait la même une fois que la part de variance commune à l'ensemble des items a été appréhendée par le FG (Markon, 2019). En d'autres termes, la covariance de l'ensemble des items a déjà été expliquée par le FG lorsque les FS sont estimés. Par conséquent, dans une analyse bifactorielle, la définition de chacune des conduites spécifiques (i.e., les FS) est susceptible d'être davantage recentrée sur sa singularité conceptuelle, bien distincte de la globalité du LH (Morin et al., 2017). De plus, l'étude simultanée de l'effet du FG et des FS sur une variable dépendante dans une analyse de régression multiple, peut nous aider à distinguer l'effet singulier de chacune des conduites, en contrôlant statistiquement l'effet du FG. En somme, la possibilité de décomposer la variance entre globalité et spécificité, fait de l'analyse bifactorielle un cadre méthodologique particulièrement pertinent pour modéliser le LH et investiguer les effets de ce dernier sur des dimensions telles que les ITP, le stress perçu et l'épuisement émotionnel.

Certains risques méritent, tout de même, d'être soulignés quant aux analyses bifactorielles. Rappelons que la littérature recommande généralement de préférer les modèles plus parcimonieux aux modèles plus complexes (Vandekerckhove et al., 2015). En effet, la multiplication du nombre de paramètres peut conduire à un sur-ajustement des modèles. Le sur-ajustement est manifeste lorsque le modèle se montre pertinent pour expliquer les variations observées dans l'échantillon considéré, mais échoue à expliquer les variations dans l'ensemble de la population. Il s'agit en fait d'un phénomène aléatoire. Plus nous prenons en compte de paramètres dans le modèle, plus nous augmentons le risque d'expliquer, à tort, de la variance d'erreur (liée par exemple à

l'échantillonnage ou à l'erreur de mesure, Vandekerckhove et al., 2015). Considérant ces éléments, nous devons être prudents lorsque nous estimons un modèle bifactoriel, a fortiori si nous spécifions des saturations croisées des items sur l'ensemble des facteurs (i.e., analyses ESEM ; Marsh et al., 2009). En effet, en passant d'un modèle CFA classique avec six facteurs de LH (selon Konczak et al., 2000) à un modèle BESEM avec un FG et six FS, nous avons fait passer les degrés de liberté de 136 à 38 (i.e., le nombre de paramètres à estimer de 17 à 115, comme en témoigne la figure 15). Dans ce sens, la littérature spécialisée sur les analyses bifactorielles met en garde les chercheurs. Les modèles BESEM ont tendance à témoigner d'un sur-ajustement, en lien avec la relative flexibilité que leur confère leur grand nombre de paramètres, et la complexité de leur structure de décomposition de la variance observée (Eid et al., 2017 ; Markon, 2019).

Pour cette raison, la littérature recommande (a) d'employer des indicateurs d'ajustement tenant compte de la parcimonie lors de la comparaison/sélection de modèles (e.g., le RMSEA et le TLI, Marsh et al., 2009), mais aussi (b) de s'assurer de la bonne définition du FG (Markon, 2019 ; Morin et al., 2016). En effet, un FG mal défini par les items, quand bien même l'ajustement du modèle serait excellent, remet en question l'intérêt de tenir compte d'un FG, et devrait nous amener à préférer une solution plus parcimonieuse, reposant uniquement sur les FS (Eid et al., 2017 ; Markon, 2019). Conformément à ces recommandations, nos trois études montrent que le modèle BESEM du LH est systématiquement meilleur au niveau du TLI et du RMSEA, et, dans l'ensemble, que les items du LH présentent des coefficients de saturation élevés et significatifs dans la définition du FG. En outre, le fait que le modèle BESEM soit le modèle le plus approprié dans plusieurs échantillons différents et invariant dans le temps (i.e., étude N°3), limite le risque que nos résultats soient liés à un phénomène aléatoire. Des analyses de l'invariance du modèle, qui intégreraient des échantillons supplémentaires, issus d'autres environnements professionnels et d'autres contextes nationaux, pourraient fournir un argument supplémentaire en faveur de cette conception du LH. Toutefois, à ce stade de la thèse, il nous semble raisonnable de soutenir l'existence simultanée d'un phénomène de globalité et de spécificité du LH. Nous encourageons les futures recherches à considérer simultanément le FG LH et les FS dans leurs opérationnalisations des pratiques habilitantes, et par conséquent, à préférer des échelles multifactorielles du LH (e.g., Konczak et al., 2000).

5.2. Les conduites habilitantes et la responsabilisation

À la différence du management transformationnel qui vise à motiver le salarié par le biais du charisme et de l'identification au superviseur, le LH est conçu pour motiver le salarié, par le biais de l'autonomisation de ce dernier dans la maîtrise de son travail (Pearce & Sims, 2002). Dans ce sens, les conduites déléгатives visent directement à offrir les conditions professionnelles de l'autonomie, tandis que les conduites de soutien du LH (e.g., coaching, développement des compétences) visent plus directement à soutenir, à la fois la capacité et la motivation du salarié à s'autonomiser (Boudrias & Bérard, 2016). Dans ces conditions, le salarié est susceptible d'internaliser la cause de ses comportements et de sa performance, et ainsi d'augmenter sa motivation autonome (Zhang & Bartol, 2010), conformément à ce que prédit la TAD (Deci et al., 2017).

La responsabilisation par le supérieur est régulièrement citée conjointement avec la délégation de pouvoir, comme un aspect central du LH depuis les travaux princeps de Conger et Kanungo (1988). Mis à part le LEBQ (Konczak et al., 2000), les échelles qui tiennent compte de la responsabilité l'envisagent comme un élément du travail susceptible d'être délégué par le supérieur. Selon cette conception, responsabiliser le salarié consiste à l'inciter à prendre des responsabilités et à les assumer par lui-même, et par conséquent, peut être assimilé à une forme de délégation ou de partage du pouvoir (Amundsen & Martinsen, 2014 ; Pearce & Sims, 2002). Dans ce sens, Amundsen et Martinsen (2014) intègrent leur unique item de responsabilisation à la dimension partage du pouvoir. En s'appuyant sur les travaux de Conger et Kanungo (1988, 1989), Konczak et al. (2000) envisagent la responsabilisation, non pas comme un aspect du travail à déléguer, mais comme le fait de considérer les salariés comme responsables de leur travail et de leurs résultats. Ce comportement est d'emblée présenté comme une conduite différente, mais surtout complémentaire de la délégation de pouvoir. Selon cette conception, habiliter suppose, certes, de transférer du pouvoir aux individus, mais aussi de les tenir responsables de la « performance qu'ils peuvent contrôler », avec le pouvoir dont ils bénéficient (Boudrias & Bérard, 2016 ; Konczak et al., 2000). Il s'agit en somme de rendre les individus comptables de leurs actes et de leurs résultats, considérant le niveau de pouvoir qui leur est délégué (Conger, 1989 ; Konczak et al., 2000).

Sur le plan psychométrique, nos trois études montrent que la responsabilisation (au sens de Konczak, 2000) est bien un comportement distinct

de la délégation de pouvoir, puisque les FS délégation de pouvoir et responsabilisation sont à chaque fois bien définis, et que leurs items respectifs présentent des saturations croisées faibles. En d'autres termes, les superviseurs sont susceptibles de s'engager dans les conduites spécifiques de délégation de pouvoir et de responsabilisation. En outre, nos études indiquent que la responsabilisation peut être considérée comme une conduite habilitante. En effet, dans l'ensemble, les items de responsabilisation contribuent significativement à définir le FG, au même titre que les items de délégation de pouvoir. Considérant le caractère central de la délégation de pouvoir dans la définition théorique du LH (Amundsen & Martinsen, 2014 ; Boudrias & Bérard, 2016), ces résultats constituent un argument en faveur de la prise en compte de la responsabilisation comme une conduite habilitante à part entière, distincte de la délégation de pouvoir.

Toutefois, il est important de souligner que les items de responsabilisation présentent des coefficients de saturation plus faibles que les autres items du LH sur le FG. En outre, les items de responsabilisation montrent généralement une contribution plus forte à la définition de leur FS (en moyenne, $\lambda = 0,528-0,632$) qu'au FG LH (en moyenne, $\lambda = 0,133-0,498$). Autrement dit, bien que les items de responsabilisation contribuent au phénomène global, ils conservent une part importante de spécificité, témoignant de leur statut singulier au sein du LH. Dans ce sens, Konczak et al. (2000) montrent que la responsabilisation, comme les cinq autres conduites de LH, contribue à augmenter l'engagement organisationnel par le biais d'une augmentation de l'habilitation psychologique. Néanmoins, à l'inverse des autres conduites, l'effet de la responsabilisation n'est que partiellement médiatisé par l'habilitation psychologique. Ce résultat indique clairement que la responsabilisation est susceptible de produire des effets positifs via des mécanismes différents de ceux des autres conduites de LH. De même, nos résultats suggèrent que le FS responsabilisation produit un effet positif singulier sur le niveau de cortisol salivaire, et selon des mécanismes sensiblement différents de ceux du FG LH. À ce titre, nous faisons l'hypothèse que la responsabilisation par le supérieur pourrait plus directement renforcer l'estime personnelle des salariés, en favorisant l'attribution causale interne de la performance. L'idée selon laquelle la responsabilisation pourrait resserrer le lien entre l'identité des individus et les comportements de ces derniers est cohérente avec les travaux menés dans plusieurs champs de la psychologie sociale.

Pour commencer, les travaux menés dans le cadre de la théorie de l'engagement (Kiesler, 1977 ; Kiesler & Sakumura, 1966) indiquent que les

attitudes et les croyances de l'individu sont influencées par les propres conduites de ce dernier, de telle sorte que l'identité est rendue plus congruente avec les comportements mis en œuvre (Joule & Beauvois, 2014). En d'autres termes, nos comportements nous engagent, et nous conduisent, à posteriori, à rationaliser notre identité, afin de la rendre plus cohérente avec nos conduites. Toutefois, le niveau auquel les comportements engagent l'identité est susceptible de varier selon les conditions de l'émergence des conduites. Plus précisément, il est nécessaire que les conditions environnementales suggèrent une attribution causale interne des comportements pour que les croyances et les attitudes soient impactées. Autrement dit, l'individu doit se sentir « libre », mais surtout responsable de ses comportements, pour que nous observions une rationalisation des attitudes et des croyances dans le sens d'une intégration des conduites au soi (Girandola & Roussiau, 2003 ; Joule & Beauvois, 2014 ; Kiesler, 1977).

Dans ce sens, l'abondante littérature issue de la TAD indique que l'internalisation de la motivation est observée à la condition que l'information environnementale conduise l'individu à situer la cause de ses conduites et de sa performance en lui-même (Deci et al., 1999, 2000, 2017 ; Kuvaas et al., 2015). Pour illustrer ce mécanisme, les travaux sur les effets contrastés des rémunérations sont particulièrement intéressants. Pour commencer, la littérature montre qu'une rémunération fixe peut favoriser la motivation autonome, dans la mesure où celle-ci peut être interprétée par le salarié comme une preuve de sa compétence et de sa valeur pour l'organisation (i.e., information soutenant une attribution causale interne des conduites ; Deci et al., 2017 ; Eisenberger et al., 1999 ; Olafsen et al., 2015). À l'inverse, lorsque la rémunération est conditionnée, par exemple à l'atteinte d'un certain niveau de performance, elle peut conduire à une diminution de la motivation autonome, dans la mesure où elle peut être interprétée par le salarié comme une démarche de contrôle de ses comportements (i.e., information soutenant une attribution causale externe des conduites ; Kuvaas et al., 2015, 2020).

En somme, l'ensemble de ces éléments montre en quoi le sentiment de responsabilité personnelle est déterminant dans l'internalisation de la motivation, et comment l'information fournie dans l'environnement professionnel peut favoriser (ou non) ce mécanisme, en complément de l'autonomie propre à chaque poste de travail. De ce point de vue, la responsabilisation par le supérieur nous semble pouvoir jouer un rôle particulièrement important et singulier au sein du LH. Si la délégation de pouvoir et les conduites de soutien du LH sont susceptibles de créer les

conditions nécessaires pour que le salarié fasse l'expérience d'une autonomisation maîtrisée, nous pouvons faire l'hypothèse que la responsabilisation est susceptible de favoriser plus directement la perception d'une responsabilité individuelle des conduites et des résultats, et donc de jouer un rôle sensiblement différent et complémentaire des autres conduites de LH dans l'internalisation de la motivation. Une étude de l'effet du FG LH et des différents FS sur les motivations autonome et contrôlée pourrait permettre de tester notre hypothèse et de confirmer la responsabilisation comme une conduite habilitante.

Dans le sens de cette hypothèse, une analyse plus fine des coefficients de saturation dans les trois études de cette thèse révèle que les deux items de responsabilisation individuelle témoignent systématiquement d'une contribution plus importante à la définition du FG LH (i.e., item 4, en moyenne $\lambda = 0,498$; item 5, en moyenne $\lambda = 0,318$) que l'item de responsabilisation collective (i.e., item 6, en moyenne $\lambda = 0,133$). En d'autres termes, indiquer au salarié sa responsabilité personnelle dans son travail et sa performance, contribue davantage à la définition du FG LH, que d'indiquer la responsabilité de l'équipe de travail. S'il semble évident que le rappel de la responsabilité individuelle est susceptible de favoriser un sentiment de responsabilité personnelle, nous pouvons faire l'hypothèse que le rappel de la responsabilité collective pourrait être moins favorable à une attribution causale interne des conduites et des résultats, en particulier si l'individu estime avoir peu contribué à la performance du groupe (Deci et al., 2017 ; Kiesler, 1977). Dans la perspective de prochaines études, il pourrait être intéressant de développer des items supplémentaires, afin de distinguer l'effet de la responsabilisation individuelle de la responsabilisation collective au sein du LH.

5.3. Effet du LH sur les attitudes, les comportements et la santé

Dans le registre attitudinal et comportemental, nos résultats confirment l'effet favorable du LH, largement rapporté dans la littérature (Boudrias & Bérard, 2016 ; Cheong et al., 2019 ; Sharma & Kirkman, 2015), et attesté par plusieurs méta-analyses (Kim et al., 2018 ; Lee et al., 2018). Précisons à ce titre que nos résultats indiquent que les FS n'ont pas d'effet surajouté à celui du FG. Autrement dit, l'opérationnalisation bifactorielle du LH, et la distinction de l'effet de la globalité de celui de la spécificité des conduites n'apportent pas

d'information supplémentaire dans la compréhension du lien entre LH, attitudes et comportements. La globalité du LH montre un effet positif sans ambiguïté sur la satisfaction professionnelle, la performance et l'intention de partir. Toutefois, cette étude mériterait d'être répliquée dans d'autres échantillons. En effet, il n'est pas exclu que l'absence d'effet contrasté du LH soit lié à un biais d'échantillonnage, d'autant plus que l'échantillon que nous avons utilisé dans la première étude était de taille modeste ($n = 225$). En outre, des relations curvilinéaires ont déjà été rapportées entre le LH et la performance en particulier (Chénard Poirier et al., 2017 ; Lee et al., 2018 ; Humborstad et al., 2014). Plus précisément, Humborstad et al. (2014) montrent qu'un niveau modéré de LH est associé à une moindre performance comparativement à des niveaux faibles et élevés de LH. En effet, un niveau intermédiaire d'habilitation pourrait générer une situation d'ambiguïté de rôles chez les salariés, car ces derniers ne savent alors pas s'ils ont oui ou non le pouvoir de décider des aspects de leur travail. Une telle confusion pourrait ensuite entraîner un désengagement et une baisse de performance du salarié. Nous ne pouvons pas exclure que l'absence de relation entre les FS, les attitudes et les comportements que nous avons constatée soit liée à l'existence de relations curvilinéaires. Par conséquent, de prochaines études pourraient investiguer l'effet curvilinéaire du FG et des FS sur les attitudes et les comportements.

L'une des contributions importantes de ce travail de thèse consiste en l'étude de l'effet du LH sur la santé, et l'éclairage des mécanismes par lesquels le LH est susceptible de favoriser (ou non) un état de santé optimal. Comme nous l'avons déjà rapporté, la littérature sur le sujet est encore peu développée et les résultats contrastés (Kim et al., 2018). Les premières études montrent, d'une part, l'association positive du LH avec le bien-être (Kim et al., 2018) et la santé mentale perçue (Tripathi & Bharadwaja, 2020), et, d'autre part, l'association négative du LH avec le stress perçu (Tripathi & Bharadwaja, 2020), l'épuisement émotionnel (Bobbio et al., 2012) et le cynisme (Bobbio et al., 2012 ; Lorinkova & Perry, 2017). Ces travaux suggèrent que le LH serait susceptible de contribuer à un bon état de santé, dans la mesure où il donnerait au salarié les ressources environnementales (e.g., soutien organisationnel, soutien des collègues ; Kim et al., 2018) nécessaires au développement des ressources personnelles (e.g., habilitation psychologique ; Tripathi & Bharadwaja, 2020) de ce dernier, au service à la fois du bien-être et d'un ajustement efficace aux facteurs de stress (Kim et al., 2018 ; Tripathi & Bharadwaja, 2020). Toutefois, les effets rapportés demeurent de faible intensité (Kim et al., 2018 ; Tripathi &

Bharadwaja, 2020), et certains travaux suggèrent, à l'inverse, l'existence d'effets négatifs du LH sur la santé (Cheong et al., 2019). Plus précisément, l'autonomisation induite par les conduites déléгатives et responsabilisantes du LH pourrait également constituer une exigence stressante pour les salariés, susceptible, en plus, de venir en conflit avec leurs attentes quant à leur travail (Cheong et al., 2016). En d'autres termes, le LH pourrait activer conjointement des mécanismes aux effets antagonistes sur la santé (Cheong et al., 2016 ; Sharma & Kirkman, 2015).

En nous appuyant sur l'étude de Chénard Poirier et al. (2017) et la littérature récente sur les analyses bifactorielles (Gillet et al., 2019 ; Markon, 2019 ; Morin, Arens, et al., 2016 ; Tóth-Király et al., 2018), nous avons postulé que les effets contrastés du LH sur la santé pourraient s'expliquer par un déséquilibre dans la mise en œuvre des conduites de LH. Nos résultats soutiennent complètement cette hypothèse, puisque le FG LH montre systématiquement un effet positif sur l'ensemble des variables de santé mesurées, et que trois des conduites spécifiques montrent à plusieurs reprises des effets négatifs une fois que l'effet positif du FG a été pris en compte. En d'autres termes, la modélisation bifactorielle du LH, et la considération simultanée de l'effet de la globalité et de la spécificité, nous permet de reproduire d'une manière originale, les effets contrastés du LH sur la santé.

Pour commencer, l'ensemble des conduites habilitantes exerce systématiquement l'effet d'une ressource professionnelle sur les salariés, caractérisé par l'association positive du FG avec les affects positifs (i.e., étude 1), et l'association négative du FG avec les affects négatifs (i.e., étude 1), le stress perçu (i.e., études 1 et 2), le cortisol salivaire (i.e., étude 2) et l'épuisement émotionnel à court et à moyen terme (i.e., études 2 et 3). Les conduites habilitantes sont donc susceptibles à la fois de favoriser le développement et le bien-être des salariés, mais aussi de favoriser un ajustement efficace aux exigences rencontrées dans le travail, et ainsi de limiter l'activation des mécanismes biologiques impliqués dans la réponse au stress et la décompensation à moyen / long terme vers un état de maladie.

À l'inverse, le coaching à l'auto-direction, le partage d'informations et le droit à l'erreur pour l'innovation peuvent être positivement reliés au stress perçu (i.e., étude 2). En outre, le coaching à l'auto-direction est associé à une augmentation de l'épuisement émotionnel un an plus tard (i.e., étude 3). Autrement dit, les conduites de soutien du LH, peuvent constituer des exigences professionnelles pour les salariés. Pour comprendre cet effet, il nous semble

pertinent de reprendre les hypothèses de Cheong et al. (2016), selon lesquelles certaines conduites de LH peuvent engager une surcharge cognitive, susceptible, en plus, d'entrer en conflit avec les attentes des salariés quant à leur travail. Pour commencer, le coaching à l'auto-direction et le droit à l'erreur pour l'innovation nous semblent pouvoir constituer des incitations à l'autonomisation et à la créativité, susceptibles d'engager un effort supplémentaire de la part du salarié (Cusin, 2011 ; Demerouti et al., 2001 ; Kubicek et al., 2017) et/ou d'entrer en conflit avec leurs attentes professionnelles (Cheong et al., 2016 ; Rizzo et al., 1970). Dans un registre voisin, le partage d'informations « en excès » pourrait également dépasser les capacités de traitement des salariés et conduire à un vécu relatif de débordement ou de stress par surcharge d'informations (Bawden & Robinson, 2009 ; Misra et al., 2020 ; Misra & Stokols, 2012).

Bien que ce résultat confirme l'hypothèse selon laquelle des conduites spécifiques de LH puissent produire des effets contrastés sur la santé, il demeure l'une des principales surprises de ce travail doctoral. Comme nous l'expliquions, la littérature spéculant sur les effets négatifs du LH, suggérait plutôt un effet contrasté des conduites délégatives et responsabilisantes (Cheong et al., 2016, 2019b ; Sharma & Kirkman, 2015). À l'inverse, la délégation montre un effet positif sur les affects positifs et un effet négatif sur les affects négatifs (i.e., étude 1), et la responsabilisation est associée à une moindre activation des mécanismes biologiques de la réponse au stress (i.e., étude 2), une fois que l'effet positif du FG a été pris en compte. La délégation de pouvoir et la responsabilisation exercent l'effet de ressources professionnelles, et cela sans ambiguïté. Comme nous l'avons déjà développé, nous pouvons postuler que la délégation de pouvoir est un élément particulièrement déterminant de la capacité des salariés à s'adapter efficacement aux exigences professionnelles (Chénard Poirier et al., 2017). Dans un registre complémentaire, nous pouvons postuler que la responsabilisation contribue plus directement à favoriser des attributions causales internes (Deci et al., 2017 ; Joule & Beauvois, 2014 ; Kiesler, 1977), et donc, à favoriser une estime personnelle positive, susceptible de modérer l'impact négatif des exigences professionnelles sur la santé (Bowling et al., 2010 ; Ford & Collins, 2010 ; Lupis et al., 2016).

Plus généralement, notre travail de thèse apporte plusieurs contributions notables à l'étude de l'effet du LH sur la santé. Premièrement, l'étude de l'effet du LH sur les affects positifs, les affects négatifs, le stress et l'épuisement (i.e., étude 1), nous permet de postuler deux perspectives complémentaires au sujet du lien entre le LH et la santé. Tout d'abord, l'effet positif du FG LH sur les affects

positifs suggère que le LH pourrait contribuer à l'ouverture cognitivo-comportementale et l'activation du SNPS (Fredrickson, 2001 ; Porges, 2007), au service du développement des ressources et de la récupération de l'organisme (Fredrickson et al., 2008 ; Kok et al., 2013 ; Kok & Fredrickson, 2010), et, *in fine*, d'une réduction du risque de décompensation vers un état de maladie (e.g., infarctus du myocarde ; Bibeovski & Dunlap, 2011 ; Pressman et al., 2019). Ensuite, l'association négative du FG LH avec le stress, les affects négatifs et l'épuisement émotionnel suggère que le LH pourrait diminuer le niveau d'activation des mécanismes psychobiologiques de la réponse au stress (e.g., restriction cognitivo-comportementale, axe HHS, SNS ; Friedman & Förster, 2010 ; Selye, 1973 ; Slavich, 2020), et par extension, diminuer l'utilisation des ressources (Bakker & Costa, 2014 ; Hobfoll, 1989) et le risque de décompensation vers un état de maladie (Salvagioni et al., 2017). En somme, le LH pourrait favoriser un état de santé satisfaisant, à la fois, en activant les mécanismes psychobiologiques du développement des ressources, et en diminuant le niveau d'activation des mécanismes psychobiologiques de la réponse au stress sur le lieu de travail.

De manière complémentaire, mais dans le milieu extra-professionnel cette fois, la relation négative observée entre le FG LH et les ITP (i.e., étude 1) indique que les conduites habilitantes limitent le risque d'envahissement de la sphère privée par le travail. En d'autres termes, les salariés bénéficiant d'un management habilitant rapportent moins de difficultés à profiter de leurs proches, ou à remplir leurs obligations familiales, à cause des préoccupations professionnelles ou du temps passé au travail (Demerouti et al., 2004 ; Wagena & Geurts, 2000). Or, rappelons que le MER (Meijman & Mulder, 1998) et le MRTM (ten Brummelhuis & Bakker, 2012) indiquent que les conflits travail-famille sont susceptibles de limiter la qualité de la récupération au domicile, et de dégrader progressivement la capacité des individus à s'adapter sur le lieu de travail, dans une spirale ascendante de perte de ressources néfaste au maintien d'un état de santé optimal. En conséquence, il est probable que le LH contribue également à un état de santé satisfaisant, en favorisant la récupération et le développement des ressources personnelles des salariés à leur domicile.

Deuxièmement, l'étude de l'effet du LH sur le cortisol salivaire (i.e., étude 2) confirme l'effet protecteur du FG LH contre l'activation des mécanismes biologiques de la réponse au stress (i.e., contre l'activation de l'axe HHS), comme déjà suggéré à l'issue de la première étude. Considérant les conséquences pour la santé physique de l'activation chronique de ces

mécanismes (e.g., les troubles cardio-vasculaires, le diabète, les infections et les cancers ; Adam et al., 2017 ; Charmandari et al., 2005 ; McEwen, 2007 ; Salvagioni et al., 2017), cette étude fournit une preuve plus directe de l'effet positif du LH sur la santé physique des salariés. Au-delà du LH, cette étude contribue plus généralement à l'étude de l'effet du management sur la santé (Nielsen & Taris, 2019) et les mécanismes biologiques (Nofal et al., 2018).

Troisièmement, l'étude expérimentale de l'effet du LH sur l'évolution de l'épuisement émotionnel un an plus tard (i.e., étude 3) permet de confirmer l'effet favorable du FG LH sur la santé. En effet, certains travaux rapportent que le niveau de cortisol salivaire au réveil peut également être diminué lorsque les individus sont confrontés à des situations stressantes qui dépassent leurs capacités d'ajustement (O'Connor et al., 2021). En conséquence, cette étude confirme que l'association négative observée entre le LH et le cortisol dans l'étude 2 reflète bien un effet protecteur du LH. En outre, le protocole expérimental mis en place dans l'étude 3 fournit un élément de preuve plus robuste du lien causal et du sens de la relation entre le LH et la santé (Cheong et al., 2019 ; Nielsen & Taris, 2019). En effet, la manipulation expérimentale du niveau du LH dans le groupe interventionnel, et la différence observée entre le groupe interventionnel et le groupe témoin dans l'évolution de l'épuisement émotionnel, indique que l'évolution du LH est bien responsable de l'évolution de l'épuisement émotionnel.

Plus généralement, nos travaux permettent de conclure que l'ensemble des conduites de LH soutient durablement la capacité des salariés à s'ajuster au stress et aux exigences professionnelles, au service de leur santé psychologique et physique. Toutefois, nos résultats indiquent également que certaines conduites de soutien, en particulier le partage d'informations et l'incitation à l'autonomisation et à l'innovation, peuvent constituer des facteurs de stress et d'épuisement à moyen terme. Néanmoins, si cet effet négatif peut montrer un pouvoir explicatif voisin de celui (positif) de la globalité du LH dans l'explication du stress perçu (i.e., étude 2), il n'est pas systématiquement retrouvé (i.e., étude 1), et surtout, (lorsqu'il est retrouvé) il n'affecte pas l'activation des mécanismes biologiques du stress (i.e., étude 2), suggérant que l'effet contrasté du LH est limité au domaine de la perception. En outre, l'effet contrasté observé sur l'évolution de l'épuisement émotionnel un an après montre un pouvoir explicatif nettement inférieur à celui de l'effet positif de la globalité du LH et des autres conduites spécifiques (i.e., l'effet positif et l'effet négatif du

LH expliquent respectivement 9,3% et 1,4% de la variance de l'évolution de l'épuisement émotionnel un an plus tard).

Comme nous l'avons déjà suggéré, l'effet systématiquement positif du FG LH et, à l'inverse, l'effet négatif de certains FS, peut suggérer une influence différente des conduites habilitantes selon que celles-ci soient mises en œuvre de manière combinée ou de manière sélective. En effet, si nous considérons l'effet contrasté du coaching à l'auto-direction, du droit à l'erreur pour l'innovation et du partage d'informations, c'est-à-dire, à la fois leurs effets positifs au travers du FG et leurs effets négatifs au travers des FS, nous pouvons postuler que ces trois comportements sont associés (1) à des conséquences positives lorsqu'ils sont combinés avec les autres conduites habilitantes, et (2) à des conséquences négatives lorsqu'ils sont mis en œuvre de manière sélective.

Pour commencer, nous pouvons postuler que le coaching à l'auto-direction et le droit à l'erreur pour l'innovation pourraient constituer une forme d'injonction à l'autonomisation et à la créativité, susceptible de stresser le salarié lorsque le manager ne soutient pas le développement et ne délègue pas au salarié le pouvoir dont ce dernier a besoin pour faire face. Dans ce sens, la littérature indique que les conduites habilitantes seraient complémentaires pour permettre au salarié de faire face à l'exigence de l'autonomisation (Amundsen & Martinsen, 2014 ; Boudrias & Bérard, 2016). Concernant le partage d'informations maintenant, la littérature suggère que les compétences des individus et leur expérience pourraient éviter la survenue d'une surcharge d'informations, en leur permettant de mieux sélectionner les informations disponibles (Ledzińska & Postek, 2017). En reprenant ce raisonnement, nous pouvons envisager que les autres conduites de LH, telles que le développement des compétences, pourraient soutenir la capacité de l'individu à faire face à la charge cognitive induite par le partage d'informations. Plus généralement, ces hypothèses d'effets combinés sont cohérentes avec le MCR (Bakker & Demerouti, 2014), qui montre que l'effet négatif des exigences du travail est susceptible d'être modéré par les ressources professionnelles.

Toutefois, il convient d'être prudent. Si les effets différents du FG et des FS du LH suggèrent un mécanisme de combinaison entre les conduites, des travaux additionnels sont nécessaires afin de confirmer l'existence d'un tel phénomène. En effet, les analyses que nous avons conduites consistent à investiguer l'effet additif du FG et des FS du LH dans l'explication des conséquences de santé (Morin et al., 2017). Autrement dit, il est aussi possible que nos résultats indiquent, non pas un effet de combinaison, mais plutôt une influence

simultanément positive et (dans une moindre mesure) négative du LH, au travers de mécanismes différents. Dans ce sens, Cheong et al. (2016) montrent que le LH peut simultanément augmenter et diminuer la performance, par le biais d'une augmentation, à la fois de l'auto-efficacité et des tensions ressenties au travail. Dans cette perspective, nous pourrions envisager que la mise en œuvre combinée du LH par les managers pourrait conduire simultanément à des conséquences positives et négatives. Les effets positifs, dominants, seraient expliqués par le FG, alors que les effets négatifs, minoritaires, seraient expliqués par les FS.

Par ailleurs, des travaux récents montrent l'intérêt des analyses de profil latent pour investiguer l'effet combiné des conduites managériales (Chénard Poirier et al., 2017 ; Gillet et al., 2021). Plus précisément, ils montrent que plusieurs profils de salariés peuvent être distingués, selon la perception de ces derniers quant aux conduites de leurs managers. En outre, ces profils managériaux distincts sont associés à des conséquences différentes pour les salariés. Plus précisément, Chénard Poirier et al. (2017) montrent que lorsque les conduites de LH sont toutes présentes à des niveaux élevés, elles sont associées à des niveaux équivalents et élevés sur l'ensemble des sous-dimensions de l'HC. À l'inverse, lorsque les conduites de LH sont mises en œuvre à des niveaux différents, bien que supérieurs à la moyenne, elles sont associées à des niveaux inférieurs à la moyenne pour trois des sous-dimensions de l'HC, et au niveau le plus bas observé pour la dimension implication organisationnelle de l'HC. Plus généralement, cette étude suggère que les analyses de profil latent pourraient nous permettre (1) d'identifier différents profils de LH, et (2) d'étudier des relations différentes entre les profils et la santé des salariés. De cette manière, nous serions en mesure de mieux comprendre les interactions complexes entre les différentes composantes du LH dans l'explication de la santé (Morin et al., 2017). Nous pourrions alors émettre des recommandations managériales plus précises, qui iraient au-delà de l'encouragement à mettre en œuvre l'ensemble des pratiques habilitantes. Quoi qu'il en soit, nous retiendrons que la balance bénéfice-risque pour la santé penche nettement en faveur de l'implémentation du LH dans les organisations. Plus généralement, nos résultats invitent à considérer les conduites habilitantes, non seulement comme un facteur de satisfaction, de performance et d'intention de rester dans l'emploi, mais aussi comme un facteur protecteur de la vie privée et de la santé des salariés. Dans cette perspective, les mouvements actuels vers la promotion de l'habilitation dans les organisations (HAS, 2016 ; Carney & Getz, 2016 ; Meissonnier, 2014) méritent d'être

encouragés, et considérés comme de véritables campagnes de promotion de la santé au travail, au-delà de leur vocation première d'amélioration de l'efficacité organisationnelle. Nous encourageons toutefois les managers à veiller à bien mettre en œuvre l'ensemble des conduites habilitantes, ceci afin de garantir des effets positifs, non seulement sur la performance, mais aussi sur la santé des salariés. Plus précisément, nous recommandons que tout accompagnement à l'autonomisation soit associé à la délégation d'un pouvoir suffisant, à la reconnaissance de la responsabilité des salariés dans leur travail et leurs résultats, au partage des informations nécessaires à la réalisation du travail, au soutien au développement des compétences, et au droit à l'erreur.

5.4. Transformation des pratiques managériales vers l'habilitation, dans les grandes organisations

Ce travail de thèse apporte également une contribution notable au développement et à l'étude expérimentale des dispositifs d'intervention visant la transformation des pratiques managériales vers l'habilitation. Pour rappel, les études expérimentales sont particulièrement rares dans le champ du LH (Cheong et al., 2019), mais aussi du management en général (Nielsen et al., 2017 ; Nielsen & Taris, 2019). Pourtant, ces dispositifs de recherche sont essentiels, en complément des approches quantitatives et qualitatives, pour apporter la preuve scientifique non seulement de l'effet du management (Nielsen et al., 2017), mais aussi de l'efficacité des méthodes d'intervention proposées aux organisations pour transformer leur management (Cheong et al., 2019). Ce sujet nous semble d'autant plus important que les sommes investies par les entreprises dans le conseil en management sont très importantes et en constante augmentation (exception faite de l'année 2020, pendant laquelle le marché s'est rétracté pour cause de crise sanitaire, Dubesset, 2021), au point d'atteindre 7,3 milliards d'euros en 2019, pour le seul marché français (Syntec Conseil en Management, 2020).

Nous avons recensé deux études contrôlées de l'effet d'un dispositif d'intervention sur l'évolution des pratiques habilitantes des managers (MacPhee et al., 2014 ; Martin et al., 2012). Dans l'ensemble, ces deux études montrent l'intérêt d'associer la formation au LH, avec l'entraînement direct au LH en condition réelle, et le coaching par un manager sénior (MacPhee et al., 2014) ou un investigateur de la recherche (Martin et al., 2012). Afin de maximiser l'effet

de l'intervention, mais surtout de l'adapter au contexte des grandes organisations bureaucratiques (i.e., définies par une culture managériale de contrôle et une organisation stratifiée ; Carney & Getz, 2016 ; e.g., l'hôpital public ; Petit Dit Dariel, 2015), nous avons reproduit la méthode d'intervention employée dans les précédentes recherches (i.e., formation, entraînement et coaching) tout en introduisant plusieurs innovations inspirées de la littérature sur le LH (i.e., étude 3 ; Carney & Getz, 2016 ; Cheong et al., 2019 ; Petit Dit Dariel, 2015).

Pour commencer, nous avons conduit l'accompagnement dans une grande organisation (i.e., un PHU), en ciblant l'ensemble de la chaîne hiérarchique (i.e., la direction, l'encadrement intermédiaire et les managers de proximité), afin de favoriser l'adoption du LH à tous les niveaux. Cette démarche devait nous permettre de mobiliser l'influence des supérieurs hiérarchiques quant à l'adoption du LH par les managers de proximité (Blume et al., 2010 ; Carney & Getz, 2016 ; Migneault et al., 2009). En outre, elle devait nous permettre d'accompagner l'ensemble d'un collectif managérial, et ainsi, de prétendre mobiliser des mécanismes d'influence groupale en vue de l'adoption des conduites habilitantes (Baldwin et al., 2017 ; Blume et al., 2010 ; Dunn et al., 2016 ; Ellis & Davidi, 2005). Afin de faciliter le soutien des pairs et une évolution des normes groupales et des comportements individuels vers le LH au sein du pôle, nous avons intégré des temps de débriefing collectif avec l'ensemble de l'encadrement intermédiaire et de proximité du pôle expérimental (Dunn et al., 2016)¹⁷. Enfin, notre dispositif intégrait un accompagnement des équipes, afin de soutenir directement l'habilitation des salariés tout en entraînant les managers au LH. En effet, certains travaux suggèrent que les manifestations d'habilitation des salariés pourraient conduire les managers à adopter des comportements habilitants (Cheong et al., 2019 ; Sharma & Kirkman, 2015).

En somme, ces apports constituent une nouveauté dans le champ de la recherche expérimentale sur le LH. Ils permettent de rendre le dispositif d'intervention plus systémique, en mobilisant non seulement les individus, mais aussi l'ensemble de la hiérarchie, de la communauté managériale, et des équipes au sein d'une organisation. De cette manière, l'intervention est susceptible de mobiliser, non seulement les mécanismes intra-individuels (MacPhee et al.,

¹⁷ Le débriefing collectif du top-management (associant l'encadrement intermédiaire) était réalisé à l'occasion des réunions de COPIL. Plus généralement, la formation au LH était organisée à l'occasion de séminaires rassemblant l'ensemble de la chaîne hiérarchique, afin de favoriser simultanément les mécanismes d'influence hiérarchique et groupale.

2014 ; Martin et al., 2012), mais également des mécanismes psychosociaux, culturels et hiérarchiques relevant du niveau organisationnel, et susceptibles d'influencer les conduites managériales (Carney & Getz, 2016 ; Cheong et al., 2019 ; Getz et al., 2013 ; Nielsen & Taris, 2019 ; Spreitzer & Doneson, 2005 ; Uhl-Bien et al., 2014). En d'autres termes, notre dispositif interventionnel s'inspire largement des transformations conduites dans certaines grandes entreprises, analysées par Getz et ses collègues dans leurs travaux sur les entreprises libérées (2009, 2012, 2013, 2016). À notre connaissance, il s'agit de la première étude expérimentale contrôlée, à investiguer l'effet d'une intervention sur l'évolution du LH des managers de proximité, à l'échelle, et au niveau, d'une grande organisation bureaucratique.

Toutefois, l'intervention Chrysalide montre un effet modéré, puisque le FG LH et l'épuisement émotionnel ne s'améliorent pas significativement dans le PHU expérimental, tandis qu'ils se dégradent dans le PHU contrôle. Nous ne pouvons donc conclure qu'à un effet protecteur de l'intervention, dans un contexte de diminution des conduites habilitantes et d'augmentation de l'épuisement émotionnel dont témoigne le groupe contrôle. Quoi qu'il en soit, ces résultats demeurent encourageants. Pour commencer, si nous considérons la forte prévalence du burnout dans le milieu hospitalier (Kansoun et al., 2019 ; Woo et al., 2020), mais aussi le phénomène d'auto-renforcement de l'épuisement dans le temps (Bakker & Costa, 2014 ; Demerouti et al., 2004 ; Hobfoll, 1989), nous pouvons considérer que la stabilisation du niveau d'épuisement émotionnel présente un intérêt clinique certain. Celle-ci permet de soutenir l'intérêt de notre dispositif d'intervention en matière de prévention pour la santé au travail en milieu hospitalier. Au niveau managérial maintenant, la stabilisation du niveau global de LH est un résultat encourageant, considérant l'obstacle à l'habilitation que constituent la culture et la structure des organisations bureaucratiques (Carney & Getz, 2016 ; Petit Dit Dariel, 2015).

De cette manière, nos résultats suggèrent la pertinence du mode d'intervention systémique que nous avons mis en place, visant simultanément l'ensemble des niveaux hiérarchiques. Toutefois, les analyses que nous avons menées ne permettent pas de conclure à la nécessité d'intervenir à tous les niveaux de l'organisation. En effet, nous n'avons pas modélisé l'effet de l'intervention sur l'adoption du LH par le top-management et l'encadrement intermédiaire, et l'effet en cascade sur l'adoption des conduites habilitantes par l'encadrement de proximité. De la même manière, nous n'avons pas étudié l'effet de l'intervention sur l'augmentation du niveau d'habilitation des équipes,

et l'effet en cascade sur l'adoption du LH par l'encadrement de proximité. Des recherches ultérieures considérant ces mécanismes pourraient permettre de confirmer (ou d'infirmer) l'intérêt du mode d'intervention systémique.

Plus généralement, le plan d'étude expérimental à deux bras que nous avons retenu ne permet pas de distinguer et d'évaluer l'efficacité des différents éléments du dispositif d'intervention, relativement aux autres. Par exemple, nous ne pouvons pas distinguer l'effet de la formation au LH, de celui de l'expérimentation directe, du coaching, ou de l'accompagnement QVT sur le terrain. Par conséquent, nous ne pouvons pas exclure que l'effet protecteur de l'intervention soit uniquement lié à la formation au LH ou à l'accompagnement QVT par exemple. Dans la perspective de comprendre les mécanismes de l'effet de l'intervention sur le management et la santé, mais aussi de promouvoir des modèles d'accompagnement optimisés et plus faciles à mettre en œuvre sur le terrain, cette question mérite d'être posée (Nielsen & Taris, 2019 ; Nielsen et al., 2017). Des éléments de réponse pourraient, par exemple, être trouvés dans l'analyse qualitative du riche contenu ethnographique qui a été récolté tout au long de l'accompagnement par l'ensemble de l'équipe d'investigation et de facilitation du projet PREPS Chrysalide.

Nous pourrions également essayer de reproduire l'accompagnement dans un plan d'étude avec plusieurs pôles expérimentaux, en faisant varier la combinaison des éléments intégrés au dispositif d'intervention. Par exemple, afin d'investiguer l'intérêt d'intervenir sur l'ensemble des niveaux de l'organisation, une prochaine étude pourrait suivre un plan d'étude expérimental à quatre bras : un premier PHU expérimental (E1) qui associerait formation collective au LH, coaching individuel et débriefing collectif auprès des managers de proximité ; un deuxième PHU expérimental (E2) qui étendrait le dispositif de E1 à l'ensemble de la chaîne hiérarchique jusqu'au top-management du PHU ; un troisième PHU expérimental (E3) qui reprendrait le dispositif de E2 en associant en plus l'accompagnement QVT sur le terrain ; et enfin un PHU contrôle (E0) sans intervention. Dans cette configuration, la comparaison de l'évolution entre E1 et E0 pourrait permettre de juger de l'intérêt de former, de coacher et de débriefing les managers de proximité sur l'adoption du LH et l'évolution de la santé. Ensuite, la comparaison entre E1 et E2 pourrait permettre de juger de l'intérêt d'étendre la formation, le coaching et le débriefing à l'ensemble des niveaux managériaux du PHU. Enfin, la comparaison entre E2 et E3 pourrait permettre de juger l'intérêt d'associer les équipes à l'accompagnement, et de fournir aux managers un cadre pour

l'expérimentation du LH sur le terrain. En somme, une telle étude pourrait permettre de tester expérimentalement les mécanismes hiérarchiques, qu'il s'agisse de l'influence des supérieurs ou des subordonnés, sur l'adoption du LH par les managers de proximité.

Quoi qu'il en soit, il nous semble que plusieurs pistes d'amélioration du dispositif interventionnel méritent d'ores et déjà d'être proposées. Pour rappel, sur la base de nos observations ethnographiques, nous pouvons postuler que l'effet modéré de l'intervention Chrysalide (sur l'adoption du LH) pourrait être lié au style de management directif du directeur général, et à son désengagement manifeste en cours d'accompagnement. De plus, nous pouvons postuler que l'opposition de certains managers à l'habilitation est devenue un obstacle au succès de l'intervention, du fait de l'absence de soutien à l'habilitation du directeur général¹⁸. Dans ce sens, la littérature indique que l'encadrement intermédiaire et de proximité peut témoigner d'une forte résistance au changement, et que la détermination du dirigeant de l'organisation à soutenir l'habilitation est un garant du succès et du maintien des transformations (e.g., le cas de l'entreprise FAVI ; Getz et al., 2012, 2013). À ce titre, plusieurs dirigeants d'entreprise libérée rapportent avoir été contraints d'accompagner certains managers vers un changement de poste, voire vers un départ de l'organisation, lorsque ces derniers ne souhaitaient pas faire évoluer leurs pratiques vers l'habilitation (Gérard, 2017 ; Getz et al., 2013 ; Zobrist, 2020). En conséquence, nous jugeons essentiel de favoriser un engagement éclairé du directeur général, comme un préalable indispensable à la conduite de l'intervention. Pour ce faire, un accompagnement spécifique pourrait être proposé au directeur général en amont de l'intervention.

Cet accompagnement pourrait commencer par une rencontre avec l'investigateur coordonnateur de la recherche afin de présenter brièvement le protocole. Celle-ci pourrait s'appuyer sur une problématisation pragmatique des enjeux actuels de l'organisation et l'explicitation des bénéfices concrets qui pourraient être attendus de l'habilitation. L'objectif serait de favoriser une première adhésion du dirigeant à l'habilitation et au dispositif. Dans un second temps, une formation spécifique pourrait être proposée au directeur général. Celle-ci pourrait être structurée en trois parties : (1) une rencontre et un échange d'expérience avec un dirigeant d'entreprise ayant déjà conduit une

¹⁸ Rappelons que l'opposition d'un chef de service à la transformation a conduit à l'exclusion de quatre unités fonctionnelles en cours d'accompagnement, avec le consentement du directeur général.

transformation vers l'habilitation, (2) une formation au leadership habilitant et en particulier au rôle du dirigeant de l'organisation dans la transformation des pratiques managériales, et (3) un dernier échange avec le dirigeant afin d'échanger sur les contenus et les questions relatives aux pratiques directoriales.

À l'issue de cette étape, une nouvelle rencontre pourrait être organisée avec l'investigateur coordonnateur afin de confirmer (ou d'infirmer) l'engagement du directeur général et le souhait de ce dernier de s'investir dans l'intervention. Si le dirigeant accepte d'engager son organisation dans l'étude, il nous semblerait intéressant de lui soumettre d'emblée le planning de l'accompagnement, et de valider avec lui la planification des réunions du COPIL, afin de s'assurer de sa présence et de son investissement dans le pilotage. Afin de favoriser le maintien de son engagement tout au long du dispositif, un coaching personnalisé pourrait également lui être proposé pendant toute la durée de l'intervention. Idéalement, il nous semble que ce coaching devrait être réalisé par un dirigeant d'entreprise rompu à l'habilitation, afin d'offrir un conseil spécialisé, mais surtout de favoriser l'identification du directeur général au coach et le développement du LH.

Pour conclure, il nous semble nécessaire de signaler l'importance de la charge de travail qu'a impliquée la conduite du PREPS Chrysalide, tant sur le volet de la coordination de la recherche et du recueil des données, que dans la préparation, le déploiement et l'adaptation de l'accompagnement au quotidien. Une charge vécue non seulement par l'équipe de recherche et d'accompagnement, mais aussi par le top-management du pôle, l'encadrement intermédiaire, l'encadrement de proximité et les équipes du pôle expérimental (plus de mille salariés). Si nos résultats indiquent que cette charge n'est pas un obstacle définitif à la conduite de tels accompagnements, et que celle-ci constitue vraisemblablement un investissement pertinent en matière de santé au travail, nous mettons en garde les dirigeants ambivalents dans leur volonté de transformer le management de leur société vers l'habilitation. Un tel effort peut laisser place à une frustration importante à tous les niveaux de l'organisation, s'il n'est pas soutenu durablement par le top-management au travers d'une nouvelle politique managériale habilitante.

6. CONCLUSION

6.1. Perspectives scientifiques

Nous retiendrons que la modélisation bifactorielle du LH est une alternative pertinente aux modèles existants du LH, tant du point de vue de sa validité interne, que de sa capacité à repérer des effets contrastés du LH sur la santé. Néanmoins, quelques perspectives de recherche à venir méritent d'être énoncées.

Par exemple, il serait intéressant d'investiguer l'effet contrasté du LH sur les différents mécanismes explicatifs des attitudes et des comportements. Sur le volet instrumental et motivationnel, par exemple, nous pouvons supposer que le FG LH serait susceptible de favoriser un contrôle autonome efficace sur le travail, et par conséquent d'augmenter l'habilitation psychologique, la motivation autonome et la performance des salariés (Amundsen & Martinsen, 2015 ; Zhang & Bartol, 2010). À l'inverse, nous pouvons postuler que l'encouragement à l'autonomisation (e.g., sans partage du pouvoir et soutien au développement des compétences) pourrait diminuer le contrôle autonome du salarié sur son travail, favoriser des expériences d'échec, et par conséquent diminuer l'habilitation psychologique, la motivation autonome et la performance (Cheong et al., 2016 ; Kubicek et al., 2017 ; Lu et al., 2017).

Dans le registre de la santé maintenant, d'autres mécanismes psychologiques que la réduction du stress perçu mériteraient d'être investigués pour comprendre l'effet du LH sur la santé. Dans ce sens, notre première étude indique que le LH est susceptible de diminuer les affects négatifs. Or, certaines émotions telles que la honte sont associées à une forte augmentation de la sécrétion de cortisol, indépendamment du stress perçu (DeSteno et al., 2013 ; Dickerson et al., 2004 ; Dickerson & Kemeny, 2004 ; Matheson & Anisman, 2009). Ces données suggèrent l'importance d'investiguer plus largement les affects négatifs pour comprendre le lien entre l'environnement psychosocial et la santé physique (DeSteno et al., 2013 ; Lazarus, 1993), et par extension, pour comprendre la relation entre le LH et le niveau de cortisol. Le LH pourrait, par exemple, diminuer le niveau de stress biologique de l'organisme par le biais d'une réduction de la fréquence et/ou de l'intensité d'autres émotions négatives que le stress, telles que la honte (Dickerson et al., 2004 ; Lupis et al., 2016), la colère

(Lupis et al., 2014 ; Matheson & Anisman, 2009) ou la peur (Moons et al., 2010).

Dans un registre plus comportemental, il pourrait également être intéressant d'investiguer l'effet de médiation des stratégies de coping ou du job crafting par exemple, dans la relation entre le LH et les mécanismes biologiques de la réponse au stress. En effet, notre deuxième étude indique que la réduction du stress perçu ne permet pas d'expliquer l'effet protecteur du LH contre une élévation du niveau de cortisol. En revanche, nos résultats indiquent que le LH atténue l'association positive entre le stress perçu et la sécrétion de cortisol. En d'autres termes, ils suggèrent que le LH joue un rôle protecteur de la santé biologique en donnant aux salariés la capacité de s'ajuster efficacement au stress perçu. L'étude de l'effet médiateur des stratégies de coping ou du job crafting pourrait permettre de confirmer (ou d'infirmer) cette hypothèse.

En extrapolant l'effet favorable observé du LH sur le niveau de cortisol, nous pouvons postuler un effet protecteur à long terme du LH contre l'émergence des pathologies du stress chronique (liées à l'hypercortisolémie chronique ; Adam et al., 2017). Néanmoins, des travaux ultérieurs devront être menés quant à l'effet du LH sur d'autres marqueurs biologiques du stress, et en particulier de l'exposition chronique au stress.

Dans cet objectif, le modèle de la charge allostatique pourrait constituer un paradigme pertinent (Beckie, 2012 ; McEwen, 2003 ; O'Connor et al., 2021). Selon ce modèle, la vie suppose une adaptation permanente de l'organisme aux challenges rencontrés afin de maintenir la stabilité physiologique et l'état de santé (Juster et al., 2010 ; McEwen, 2007). En d'autres termes, chaque menace perçue engage un effort physiologique d'adaptation, notamment au travers de l'activation du SNS et de l'axe HHS (Juster et al., 2010). Cette réponse de l'organisme est nommée réponse d'allostase, dans la mesure où elle est caractérisée par un ajustement dynamique des paramètres physiologiques (Juster et al., 2010). Lorsque les situations de stress sont durables, et que l'organisme engage des réponses d'allostase répétées, ce dernier accumule une charge allostatique, caractérisée par l'usure de l'organisme (Beckie, 2012 ; McEwen, 2003). À terme, celle-ci peut conduire à des patterns de réponses biophysologiques anormaux, traduisant une sur-activation et/ou un dérèglement, des multiples systèmes engagés dans la réponse au stress (Juster et al., 2010 ; McEwen, 2007). Nous parlons alors de *surcharge* allostatique (Juster et al., 2010). Les systèmes biophysologiques impliqués constituent un réseau interconnecté complexe, de telle sorte que la surcharge allostatique est

susceptible d'être associée à de multiples manifestations, à différents niveaux phénotypiques (i.e., allant du niveau moléculaire au niveau de l'organisme ; Juster et al., 2010 ; McEwen, 2007 ; Slavich, 2020). Plus précisément, le niveau de charge allostatique peut être opérationnalisé comme la combinaison de multiples marqueurs, non seulement neuroendocriniens comme le cortisol, mais aussi immuno-inflammatoires (e.g., fibrinogène, protéine C-réactive), métaboliques (e.g., cholestérol, triglycérides, glucose, insuline), cardiovasculaires (e.g., pression artérielle, rythme cardiaque), respiratoires (e.g., débit de pointe à l'expiration) et anthropométriques (e.g., indice de masse corporelle, ratio tour de taille / tour de hanche ; Juster et al., 2010). Investiguer l'effet du LH sur le niveau de charge allostatique, ou du moins sur plusieurs de ses indicateurs, pourrait permettre de confirmer (ou d'infirmier) l'effet positif des pratiques habilitantes sur la santé.

De manière complémentaire, des études psycho-épidémiologiques de l'effet à plus long terme du LH sur l'émergence de certaines pathologies pourraient permettre de confirmer (ou d'infirmier) l'effet positif sur la santé à plus long terme. Plus concrètement, il serait intéressant d'investiguer dans une large cohorte de travailleurs, l'effet à long terme du LH sur l'occurrence de dépression, de diabète, de troubles cardio-vasculaires et de cancer, autant de maladies reconnues comme des pathologies associées au stress chronique (Adam et al., 2017 ; Juster et al., 2010 ; Salvagioni et al., 2017). Pour réaliser cet objectif, un projet d'étude pourrait être soumis à l'appel à projets de la cohorte épidémiologique Constances. Ce dispositif de recherche, piloté par l'Institut National de la Santé et de la REcherche Médicale (INSERM), organise le suivi d'un échantillon représentatif de 200 000 adultes âgés entre 18 et 69 ans (Zins et al., 2016).

Toujours sur la santé, nous pouvons regretter d'avoir principalement focalisé notre travail de thèse sur les mécanismes et les issues de santé négatifs. En effet, la littérature plus récente montre le rôle complémentaire des mécanismes psychobiologiques du développement des ressources dans l'explication de la santé (c.f., figure 7 ; Fredrickson, 2001 ; Kok et al., 2013 ; Porges, 2007). Par exemple, les affects positifs ressentis par les individus sont associés à l'activation du SNPS, et favorisent conjointement la récupération de l'organisme et le développement des ressources psychosociales, au service de l'ajustement durable aux exigences environnementales et de la préservation de l'état de santé (Pressman et al., 2019). En conséquence, il pourrait être intéressant d'examiner l'effet du LH sur les affects positifs, l'activation du SNPS et le développement

des ressources psychobiologiques, comme des mécanismes potentiels du lien entre le LH et la santé physique. Les travaux menés dans le cadre de la théorie polyvagale (Porges, 2007, 2011) et de la théorie de l'ouverture et de la construction (Fredrickson, 2001 ; Fredrickson et al., 2008), ont permis d'établir la variabilité du rythme cardiaque comme un indicateur pertinent de l'activation du SNPS (Berntson et al., 1997 ; Porges, 2007) et un précurseur du développement des ressources psychosociales et biologiques (Kok & Fredrickson, 2010 ; Kok et al., 2013 ; Porges, 2001, 2007). Si la mesure de cet indicateur était complexe à l'origine (Ernst, 2017 ; Porges, 2007), elle est aujourd'hui possible avec certaines montres de sport connectées, avec un niveau de validité jugé satisfaisant (Hernando et al., 2018). Ces équipements grand public, à la fois abordables, ergonomiques et dotés d'une bonne autonomie, pourraient permettre de mesurer facilement la variabilité du rythme cardiaque des participants tout au long de leurs journées de travail. Par exemple, nous pourrions recueillir quotidiennement le niveau de LH perçu par les salariés pendant un mois, et étudier la relation entre ce dernier et (1) la variabilité du rythme cardiaque et les affects positifs au quotidien, et (2) l'évolution des ressources psychosociales (e.g., habilitation psychologique, capital psychologique) et de la santé perçue entre le début et la fin du mois (Kok et al., 2013).

6.2. Implications pratiques

Dans l'ensemble, ce travail de thèse nous invite à encourager le mouvement actuel des entreprises et du milieu hospitalier vers le management habilitant. En effet, l'impact positif du LH sur la santé, non seulement au plan psychologique, mais aussi au plan biologique, fait du LH une piste sérieuse pour la promotion de la santé dans les organisations professionnelles. De ce point de vue, le mouvement des entreprises libérées, caractérisé par l'engagement de nombreux dirigeants dans la transformation de leurs organisations vers l'habilitation (Carney & Getz, 2016 ; Getz, 2009), mérite d'être encouragé avec des arguments de santé publique. Plus particulièrement dans le secteur hospitalier, nous pouvons apprécier la pertinence des recommandations de la HAS en matière de QVT et de management des établissements hospitaliers. Rappelons que la HAS encourage déjà les dirigeants à associer les salariés dans la construction des organisations, et plus généralement à développer la capacité des

salariés à s'exprimer et à agir sur le contenu de leur travail (i.e., habilitation ; HAS, 2013, 2016). Cette démarche de promotion nous semble particulièrement pertinente pour soutenir l'amélioration de l'état de santé des équipes soignantes. Afin de soutenir le développement des pratiques habilitantes dans les organisations, il nous semble que les SST pourraient jouer un rôle important, au travers de leurs missions de conseil des chefs d'entreprises en matière de prévention pour la santé au travail. En s'appuyant sur les compétences des psychologues du travail, les médecins du travail pourraient systématiser la mesure du LH par questionnaire à l'occasion de la visite médicale des salariés, et ainsi, suivre l'évolution des pratiques habilitantes dans l'organisation comme un indicateur de prévention. Au-delà du suivi des conditions de travail, nous sommes convaincus que la description de l'évolution du LH dans le rapport annuel du SST, pourrait permettre d'interroger concrètement l'évolution des pratiques de management dans l'organisation et de conseiller le chef de l'entreprise en matière de management. Sur ce point, nous avons pu nous rendre compte dans la conduite de l'accompagnement Chrysalide, de la pertinence sur le terrain des dimensions comportementales du questionnaire de Konczak et al. (2000). En effet, chacune des dimensions renvoie à un comportement bien spécifique et concret pour les managers. Nous sommes donc convaincus que cet outil pourrait aider les SST à se saisir pleinement de leurs missions de conseil en matière de conditions de travail. En effet, rappelons que le management est conçu par l'INRS (2016) comme un aspect important des conditions de travail, au même titre que les contraintes bio-mécaniques (INRS, 2015b) ou que les expositions biologiques et chimiques (INRS, 2015a, 2020).

En parallèle, nous concevons l'intérêt de développer et de promouvoir l'offre en matière d'audit, de conseil, de formation et d'accompagnement au LH, à destination des entreprises (privées comme publiques), à l'image de ce que certains consultants proposent (e.g., inov-On, 2021 ; Sens Collectif, 2021). Comme pour les SST, la mesure du niveau de LH par questionnaire (i.e., l'audit en LH) pourrait permettre aux consultants de réaliser un état des lieux quantitatif et concret des pratiques habilitantes. Nous sommes convaincus qu'un tel audit peut rendre le conseil en management, à la fois plus pédagogique et convaincant, du fait de la concordance entre les recommandations du consultant et les dimensions mesurées. En outre, l'évaluation du LH par questionnaire avant et après la conduite d'un accompagnement autorise une évaluation plus objective de l'efficacité de l'action engagée sur l'adoption des conduites habilitantes par les managers.

Au-delà des structures de conseil en management, il nous semble que ce type d'évaluation devrait être attendu par les dirigeants d'entreprise désireux de transformer leur organisation vers l'habilitation. Outre le fait qu'elle permet de juger le « retour sur investissement » des sommes engagées dans le conseil en management, ce type d'évaluation mériterait d'être re-conduite annuellement à l'issue de l'accompagnement. Le suivi annualisé des pratiques habilitantes pourrait alors alimenter la réflexion du collectif managérial au service de l'amélioration continue de l'habilitation, de la performance et de la santé des salariés.

L'institutionnalisation d'une telle démarche d'évaluation et d'amélioration continue nous semble d'autant plus pertinente, que la transformation des pratiques managériales vers l'habilitation peut relever du challenge (comme en témoignent les difficultés déjà évoquées dans la mise en place de l'accompagnement Chrysalide), et que les transformations mises en œuvre peuvent ne pas résister dans le temps, en particulier lors d'un changement de directeur général (Getz et al., 2013).

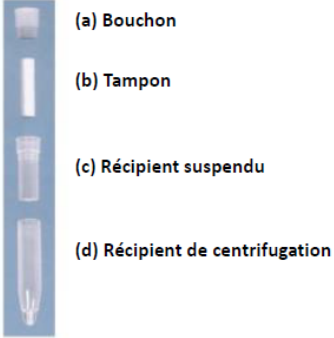
Quoi qu'il en soit, tout indique que la transformation du pilotage des organisations vers l'habilitation des professionnels est une piste prometteuse pour améliorer la santé au travail. Considérant le contexte pandémique actuel (Covid-19), et l'adaptation importante que celui-ci réclame de la part des entreprises et des équipes hospitalières, et plus généralement le retentissement négatif sur la santé physique et mentale des individus, l'habilitation nous semble avoir plus que jamais sa place dans les organisations professionnelles, au service de la performance et de la santé au travail.

Annexes

Annexe 1. Rappel de la méthode de recueil salivaire

Note d'information:
Mode d'emploi pour le recueil de salive avec la salivette®


➤ Dispositif



(a) Bouchon
(b) Tampon
(c) Récipient suspendu
(d) Récipient de centrifugation

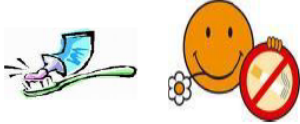
➤ les étapes

- Tenir la salivette® au bord du récipient suspendu (c) et enlever le bouchon (a)
- Sortir le tampon (b) de la salivette®
- Machouiller la salivette **jusqu'à ce que l'on ne puisse s'empêcher d'avaler la salive** (2 min en général)
- Remettre le tampon (b) imbibé de salive dans le récipient suspendu (c) et refermer la salivette avec le bouchon (a)
- Conservez dans votre réfrigérateur à + 4°C jusqu'à votre consultation ou hospitalisation



➤ Quelques recommandations

- Pas de tabac 4 heures avant le prélèvement
- Pas de prise récente de réglisse ou de substitut nicotinique
- Pas de rinçage de bouche ni de brossage de dents dans les 30 minutes précédents le recueil



Laboratoire de Biochimie-Hormonologie

Version n°2 du 14/06/2011

Etude : ALOE RC 17_0014

Informations pour le dosage du cortisol salivaire.

- Le recueil salivaire doit être fait entre 2 jours travaillés.
- Le recueil salivaire est à réaliser le matin, 15 minutes après le lever à jeun. (Possibilité de boire un verre d'eau). Ne pas fumer et ne pas se brosser les dents.
- Ne pas faire le recueil après un événement stressant intense ou une pratique sportive non habituelle.
- En cas de traitement par corticoïdes, éviter si possible la prise de traitement corticoïdes dans les 24H précédant le recueil et pendant le recueil.
- Le prélèvement est à ramener le jour de sa réalisation au service de Santé au Travail, au bureau « PREPS PRELEVEMENTS » du lundi au jeudi de 8h30 à 17H30. Et le vendredi de 8H30 à 12H30.

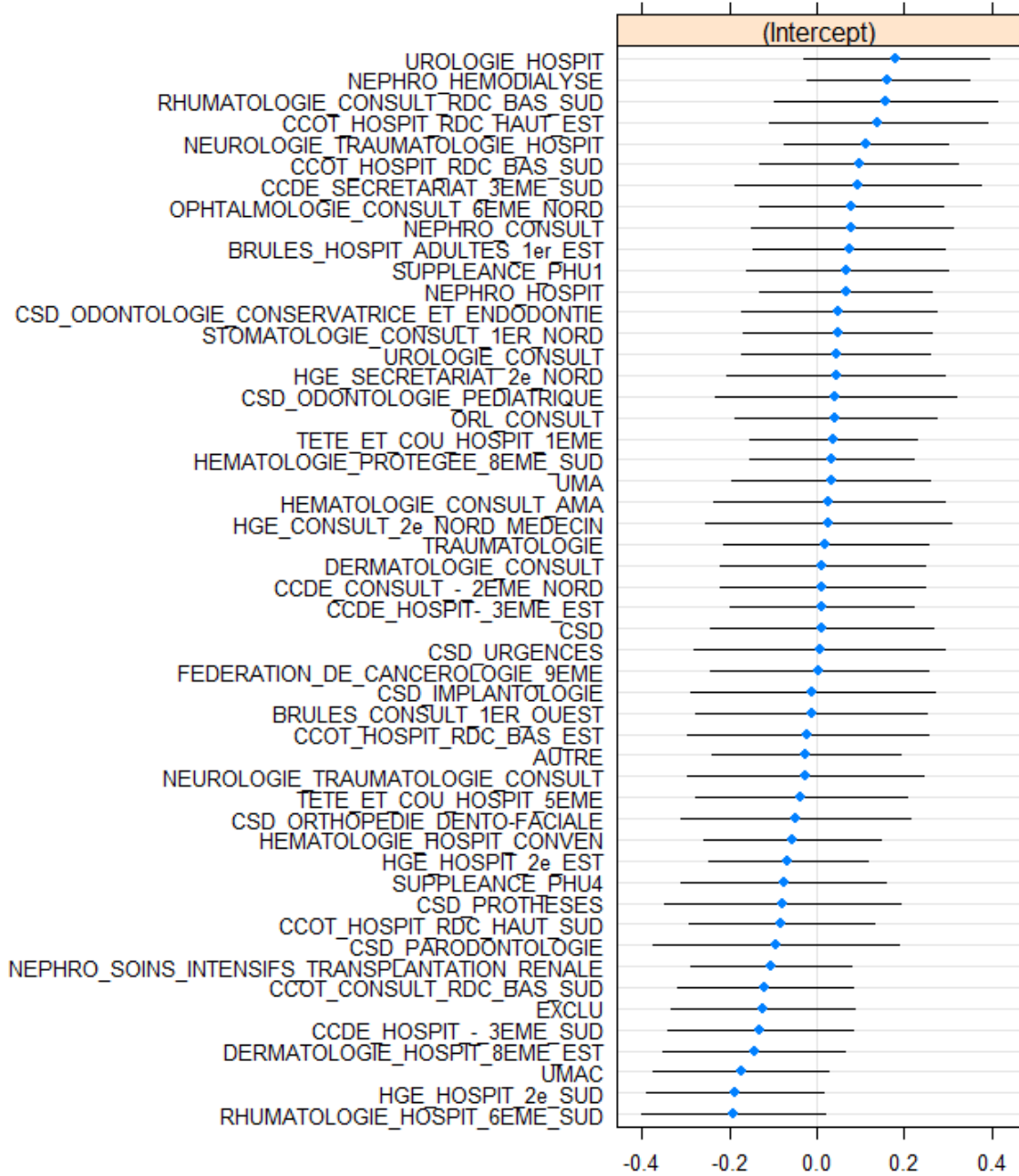
CRTE [REDACTED] / labo [REDACTED] / [Kalyane Bach](#) [REDACTED]

Annexe 3. Étude de l'effet du FG LH sur le stress perçu

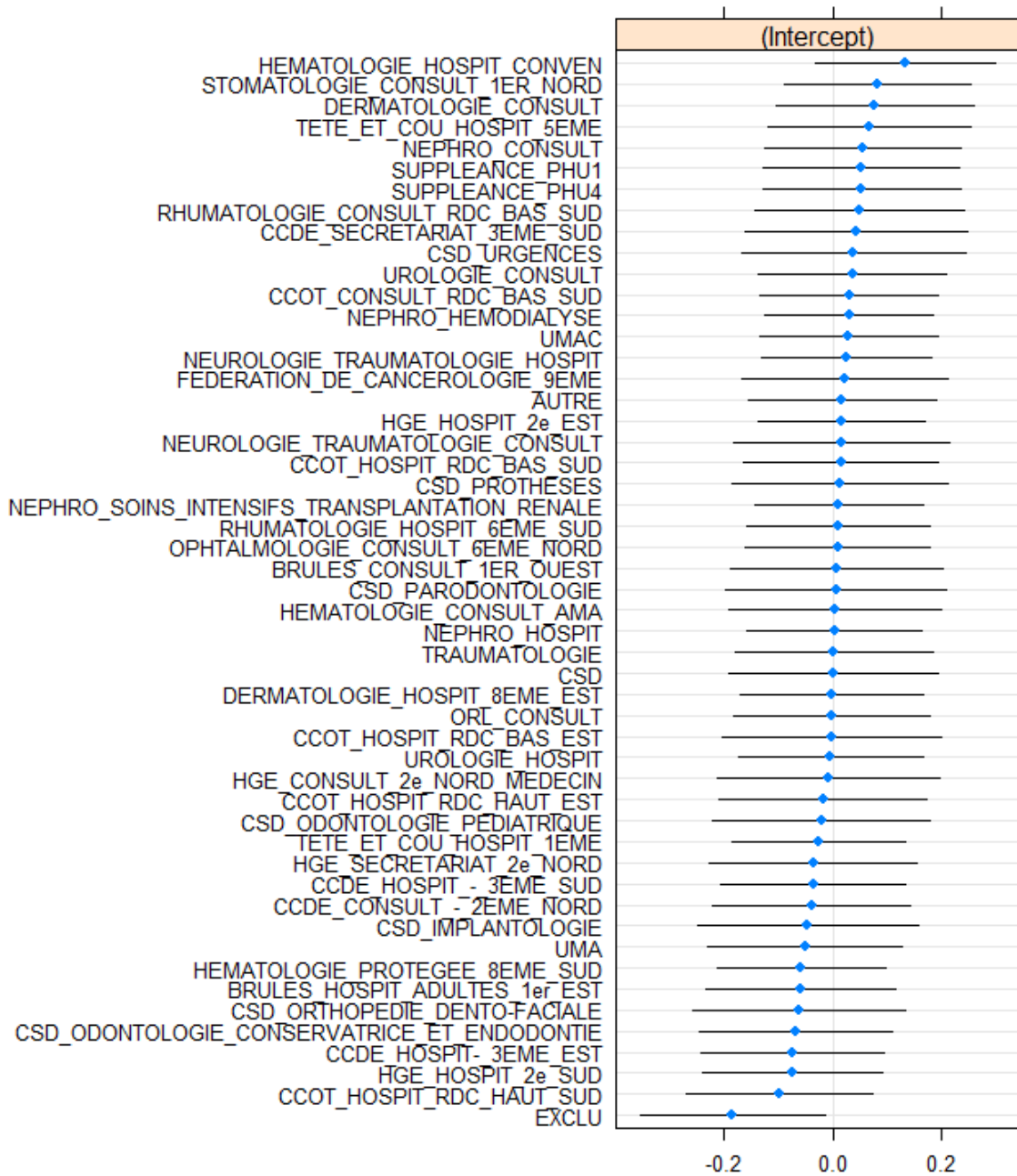
Annexe 3. Modèle linéaire hiérarchique du stress perçu (n = 397)									
	Msp0			MspFG			Msp1		
	<i>b</i>	<i>s.e.</i>	<i>p</i>	<i>b</i>	<i>s.e.</i>	<i>p</i>	<i>b</i>	<i>s.e.</i>	<i>p</i>
Moyenne	-0,006	0,275	0,983	0,186	0,270	0,492	0,142	0,263	0,589
Sexe homme versus									
Femme	0,019	0,141	0,894	-0,012	0,137	0,931	0,031	0,132	0,815
Age	0,009	0,007	0,186	0,004	0,007	0,557	0,004	0,007	0,527
Métier AS versus									
ASH	-0,195	0,274	0,478	-0,175	0,266	0,510	-0,122	0,259	0,639
Autres	-0,454	0,260	0,082	-0,482	0,253	0,057	-0,491	0,249	0,050
Cadre	-0,467	0,238	0,050	-0,381	0,232	0,101	-0,389	0,226	0,086
chef de service	-0,289	0,434	0,505	-0,141	0,423	0,739	-0,112	0,410	0,784
IDE	-0,166	0,125	0,184	-0,182	0,121	0,135	-0,206	0,120	0,087
Médecin	-0,096	0,155	0,538	-0,142	0,151	0,348	-0,188	0,150	0,212
Secrétaire	0,031	0,206	0,879	-0,048	0,201	0,811	0,012	0,198	0,953
Temps plein versus									
temps partiel	-0,192	0,109	0,079	-0,189	0,106	0,075	-0,159	0,103	0,123
Ancienneté CHU	-0,014	0,007	0,052	-0,010	0,007	0,156	-0,010	0,007	0,165
FG LH				-0,234	0,048	0,000	-0,267	0,047	0,000
FS Délé,							-0,027	0,051	0,595
FS Resp,							0,000	0,052	0,996
FS Coach,							0,168	0,054	0,002
FS Info,							0,132	0,055	0,017
FS Comp,							0,041	0,051	0,424
FS Err,							0,307	0,066	0,000
<i>R</i> ²			0,039			0,096			0,172
ΔR^2						0,057*			0,076*

Note. * $p \leq 0,05$; *b* : coefficient de régression ; *s.e.* : erreur standard du coefficient ; AS : aide-soignant ; ASH : agent de service hospitalier ; IDE : infirmier ; CHU : centre hospitalier universitaire ; FS : facteur spécifique ; FG : facteur global ; Délé. : délégation de pouvoir ; Resp. : responsabilisation ; Coach. : coaching à l'auto-direction ; Info : partage d'informations ; Comp. : développement des compétences ; Err. : droit à l'erreur pour l'innovation ; LH : leadership habilitant ; *R*² : pourcentage de variance expliquée ; ΔR^2 : différence de variance expliquée.

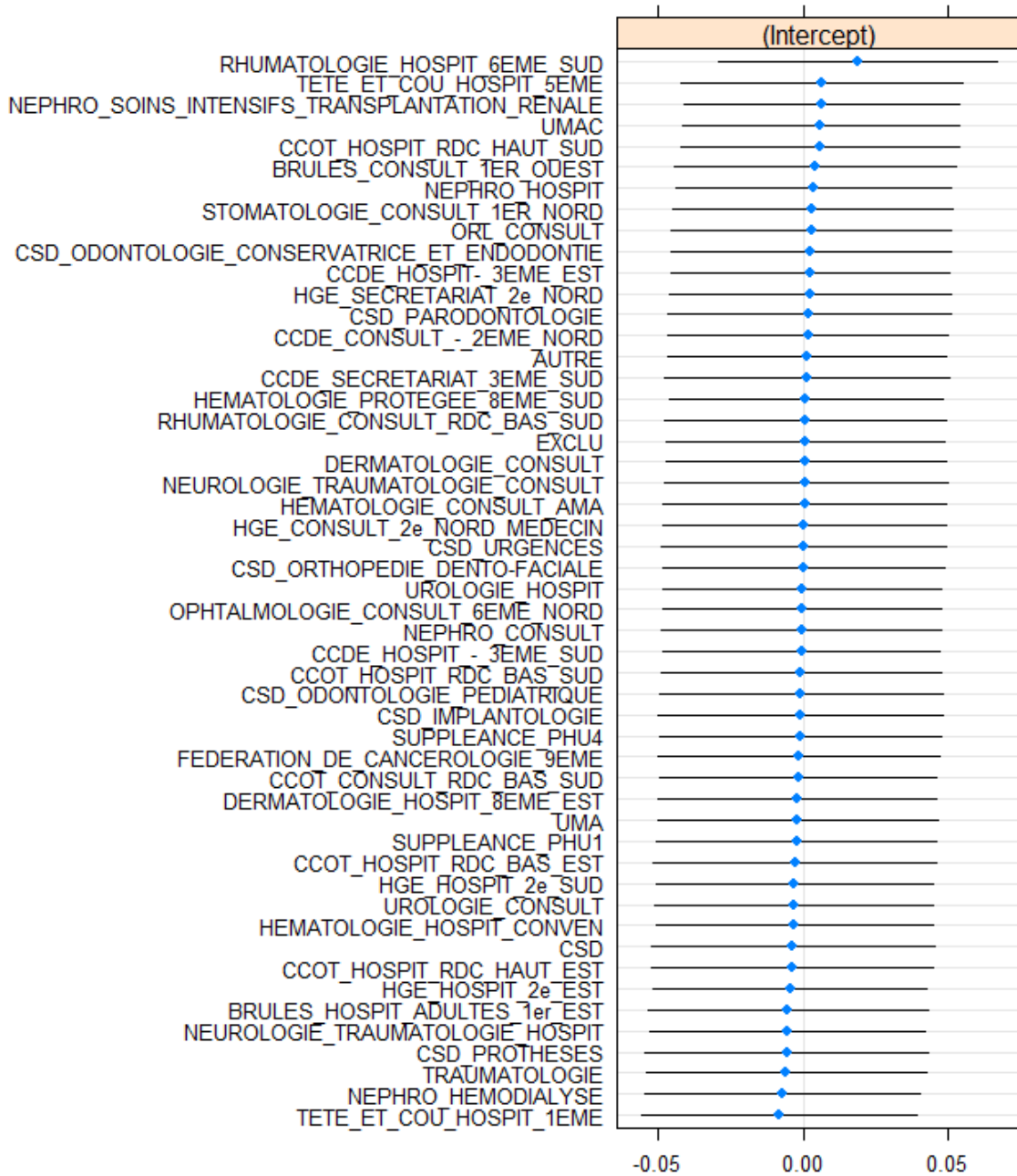
Annexe 4. Représentation de l'effet aléatoire UF dans MLM1 du FG LH



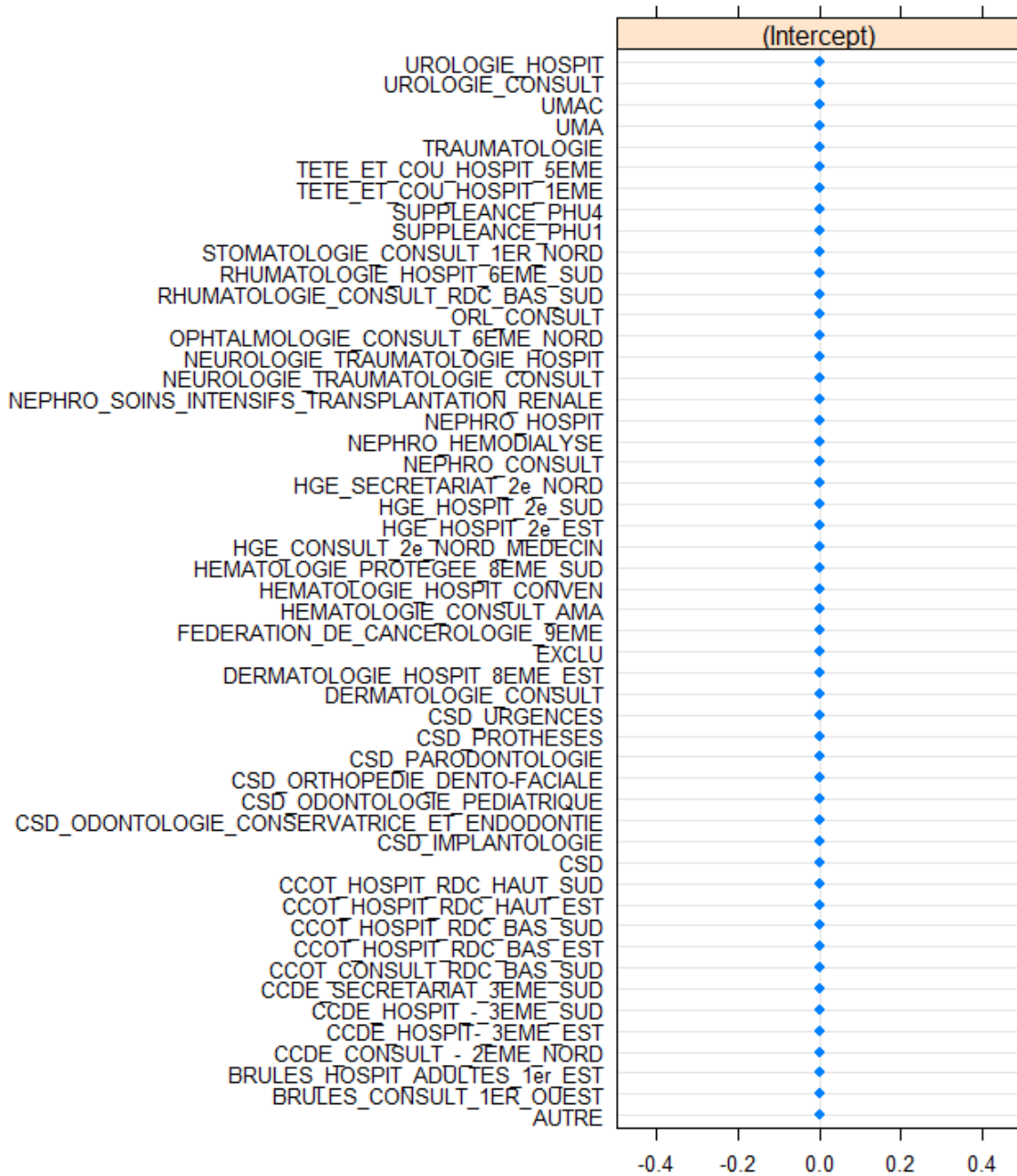
Annexe 5. Représentation de l'effet aléatoire UF dans MLM2 du FS délégation de pouvoir



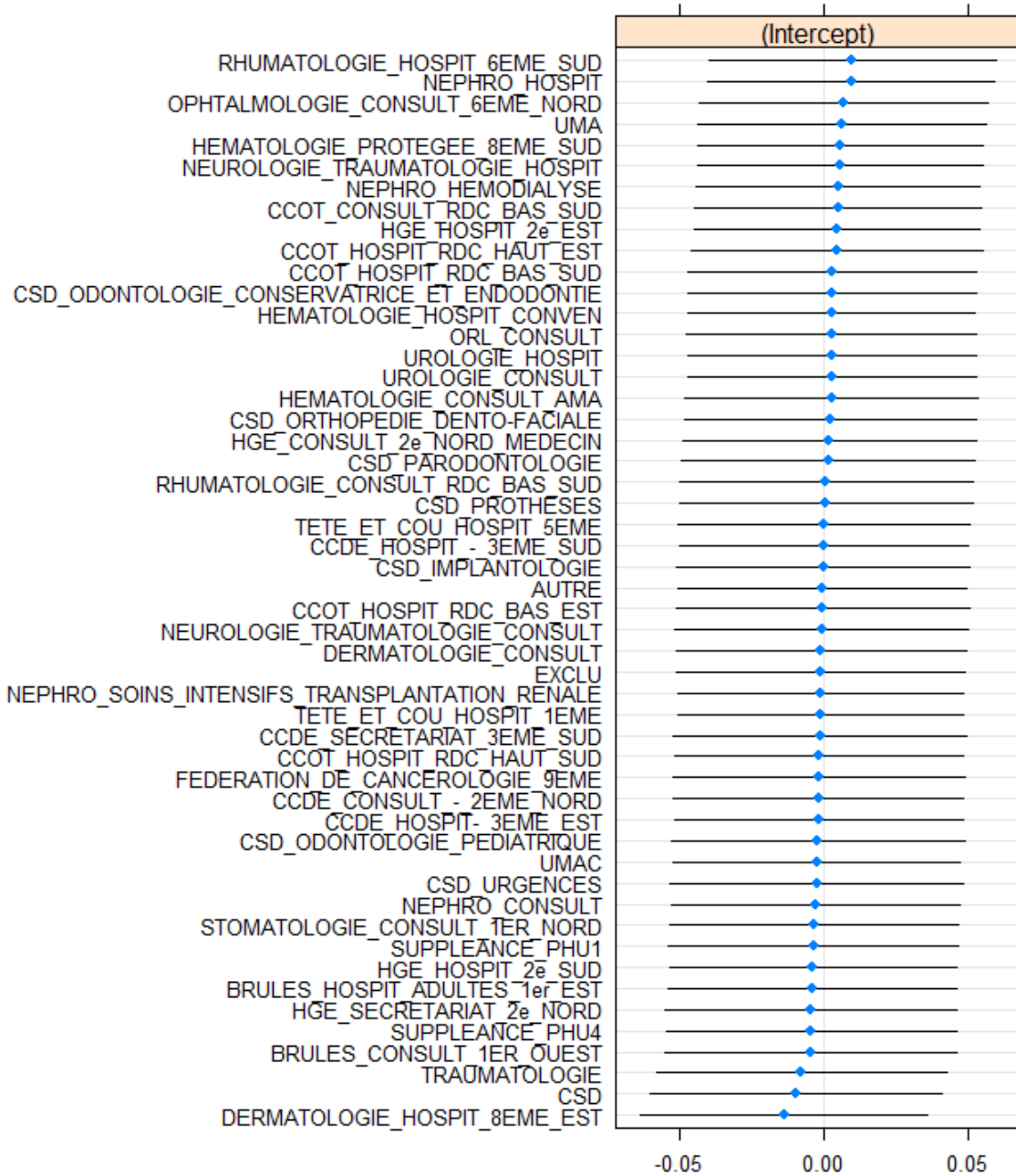
Annexe 6. Représentation de l'effet aléatoire UF dans MLM3 du FS responsabilisation



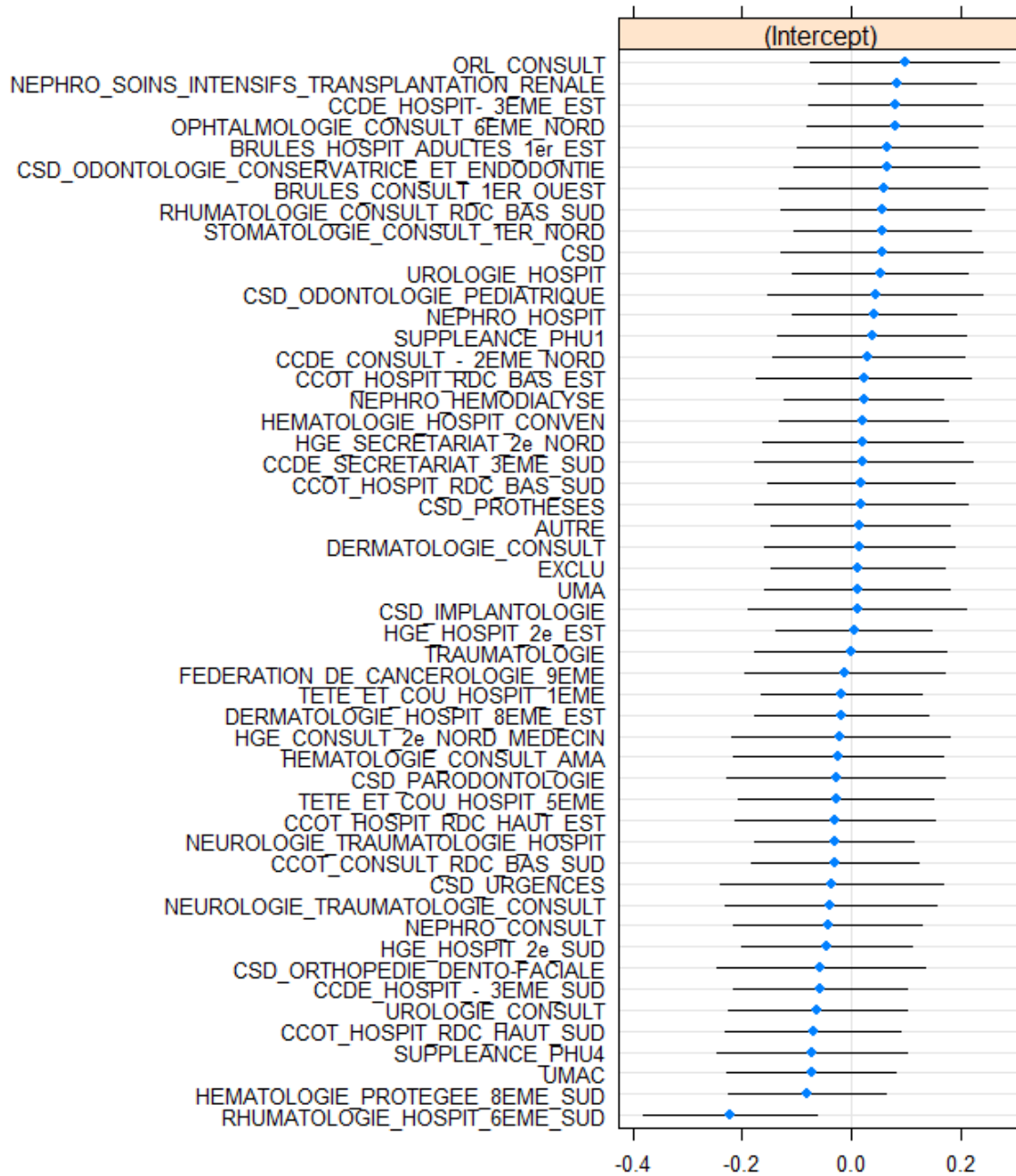
Annexe 7. Représentation de l'effet aléatoire UF dans MLM4 du FS coaching à l'auto-direction



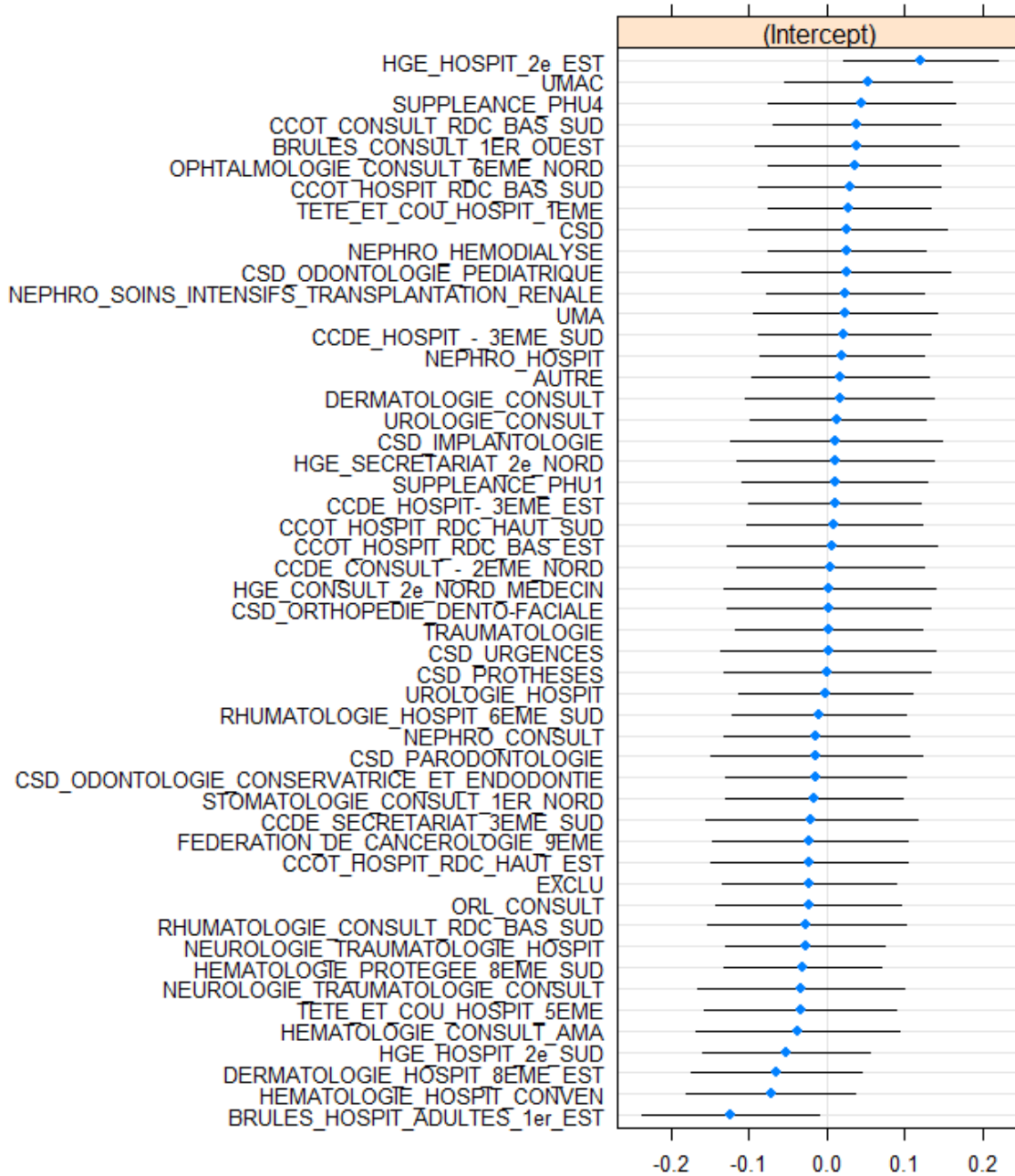
Annexe 8. Représentation de l'effet aléatoire UF dans MLM5 du FS partage d'informations



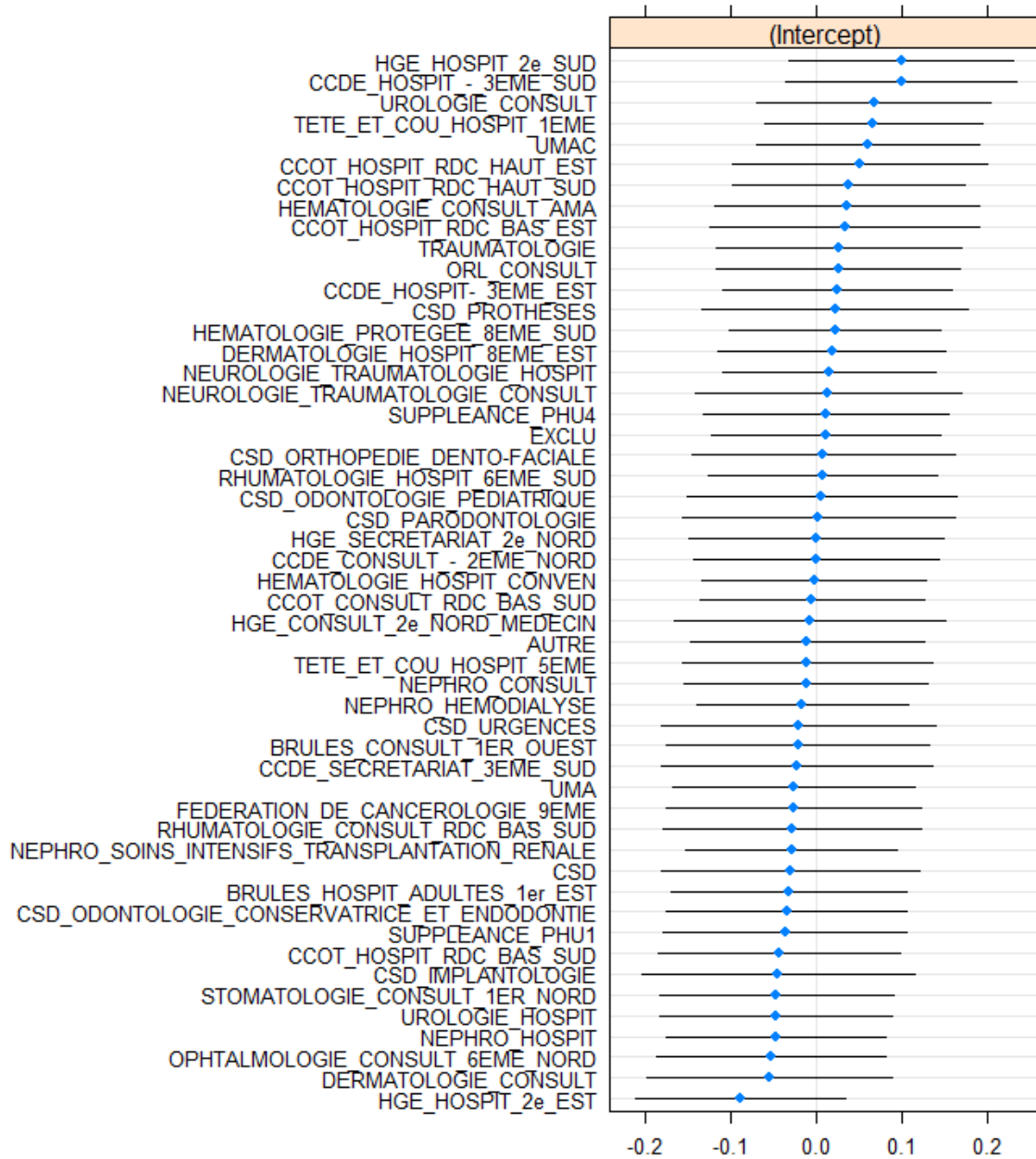
Annexe 9. Représentation de l'effet aléatoire UF dans MLM6 du FS développement des compétences



Annexe 10. Représentation de l'effet aléatoire UF dans MLM7 du FS droit à l'erreur pour l'innovation



Annexe 11. Représentation de l'effet aléatoire UF dans MLM8 d'explication de l'évolution de l'épuisement émotionnel



Annexe 12. Étude de l'effet du LH sur l'évolution de l'épuisement émotionnel

Annexe 12. MLM hiérarchique de l'effet du LH sur l'évolution de l'épuisement émotionnel entre T0 et T1									
Effet aléatoire	MLM-LH0			MLM-LH1			MLM-LH2		
	var	e.t.	CCI	var	e.t.	CCI	var	e.t.	CCI
Unité fonctionnelle	0,012	0,107	0,038	0,010	0,101	0,035	0,006	0,079	0,024
Résidus	0,306	0,553		0,295	0,543		0,266	0,516	
Effets fixes	b	s.e.	p	b	s.e.	p	b	s.e.	p
Moyenne	0,081	0,136	0,550	0,089	0,134	0,507	0,119	0,126	0,348
Sexe homme versus femme	0,019	0,073	0,797	0,001	0,072	0,994	-0,012	0,068	0,865
Age	0,000	0,002	0,931	0,000	0,002	0,870	0,000	0,002	0,953
Seniority in CHU	0,002	0,002	0,215	0,002	0,002	0,215	0,002	0,002	0,163
Seniority in unit	-0,001	0,002	0,770	-0,001	0,002	0,770	-0,001	0,002	0,661
Métier IDE versus AS	0,074	0,052	0,155	0,079	0,052	0,126	0,056	0,049	0,260
médecin	0,004	0,078	0,962	-0,003	0,079	0,972	-0,024	0,075	0,753
secrétaire	-0,194	0,076	0,011	-0,211	0,076	0,006	-0,201	0,072	0,005
ASH	0,062	0,119	0,602	0,143	0,118	0,226	0,081	0,112	0,473
cadre de santé	-0,325	0,151	0,032	-0,276	0,150	0,066	-0,335	0,143	0,019
chef de service	-0,379	0,240	0,114	-0,337	0,236	0,153	-0,263	0,223	0,240
autres	-0,052	0,122	0,670	-0,069	0,121	0,573	-0,110	0,115	0,341
Contrat stagiaire versus titulaire	-0,135	0,106	0,203	-0,126	0,104	0,226	-0,133	0,098	0,178
CDD	-0,160	0,124	0,196	-0,151	0,122	0,216	-0,189	0,116	0,104
CDI	-0,317	0,342	0,355	-0,368	0,340	0,280	-0,354	0,324	0,274
Temps plein versus temps partiel	0,028	0,046	0,550	0,024	0,045	0,598	0,031	0,043	0,470
EE à T0	-0,282	0,023	0,000	-0,302	0,023	0,000	-0,280	0,026	0,000
FG LH T0				-0,074	0,023	0,001	-0,162	0,027	0,000
FS Délégé. T0				-0,088	0,024	0,000	-0,074	0,030	0,014
FS Resp. T0				0,011	0,024	0,658	-0,031	0,029	0,280
FS Coach. T0				-0,003	0,025	0,909	0,086	0,034	0,012
FS Info. T0				-0,071	0,026	0,006	-0,051	0,030	0,092
FS Comp. T0				-0,004	0,024	0,873	-0,046	0,027	0,087
FS Err. T0				0,014	0,028	0,611	-0,002	0,030	0,959
ΔFG LH							-0,272	0,033	0,000
ΔFS Délégé.							-0,009	0,030	0,751
ΔFS Resp.							-0,057	0,041	0,160
ΔFS Coach.							0,140	0,037	0,000
ΔFS Info.							0,070	0,042	0,096
ΔFS Comp.							-0,002	0,042	0,971
ΔFS Err.							-0,205	0,057	0,000
R ²			0,223			0,255			0,329
ΔR ²						0,033**			0,073**

Note : * p ≤ ,05 ; ** p ≤ ,01 ; p : risque d'erreur ; var : variance ; e.t. : écart type ; CCI : coefficient de corrélation intra-classe ; b : coefficient de régression ; s.e. : erreur standard du coefficient ; EE : épuisement émotionnel ; Δ : évolution ; FS : facteur spécifique ; FG : facteur global ; Délégé. : délégation de pouvoir ; Resp. : responsabilisation ; Coach. : coaching à l'auto-direction ; Info. : partage d'informations ; Comp. : développement des compétences ; Err. : droit à l'erreur pour l'innovation ; LH : leadership habitant ; R² : pourcentage de variance expliquée ; ΔR² : différence de variance expliquée.

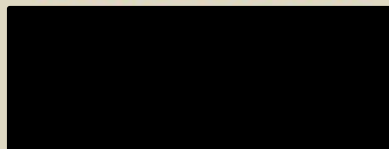
Annexe 13. Étude complémentaire de l'effet de médiation du FG LH dans l'explication de l'évolution de l'épuisement émotionnel par l'intervention

Annexe 13. Étude de l'effet médiateur de l'évolution du FG LH						
<i>Effet aléatoire</i>	MLM8			MLM9-bis		
	<i>var</i>	<i>e.t.</i>	<i>CCI</i>	<i>var</i>	<i>e.t.</i>	<i>CCI</i>
Unité fonctionnelle	0,007	0,083	0,023	0,005	0,070	0,017
Résidus	0,294	0,543		0,273	0,523	
<i>Effets fixes</i>	<i>b</i>	<i>s.e.</i>	<i>p</i>	<i>b</i>	<i>s.e.</i>	<i>p</i>
Moyenne	0,026	0,135	0,848	0,067	0,129	0,606
Sexe homme versus femme	0,009	0,071	0,904	0,000	0,069	0,995
Age	0,000	0,002	0,871	0,000	0,002	0,879
Ancienneté CHU	0,002	0,002	0,215	0,002	0,002	0,178
Ancienneté UF	-0,001	0,002	0,770	0,000	0,002	0,789
Métier IDE versus						
AS	0,068	0,052	0,187	0,053	0,050	0,289
médecin	-0,024	0,079	0,761	-0,055	0,076	0,469
secrétaire	-0,217	0,075	0,004	-0,216	0,072	0,003
ASH	0,147	0,118	0,212	0,100	0,113	0,380
cadre de santé	-0,275	0,150	0,066	-0,324	0,144	0,025
chef de service	-0,383	0,235	0,104	-0,324	0,227	0,153
autres	-0,082	0,121	0,498	-0,112	0,116	0,336
Contrat stagiaire versus						
titulaire	-0,122	0,103	0,240	-0,122	0,099	0,221
CDD	-0,144	0,122	0,238	-0,158	0,117	0,177
CDI	-0,364	0,339	0,283	-0,309	0,326	0,345
Temps plein versus						
temps partiel	0,027	0,045	0,558	0,022	0,043	0,620
EE à T0	-0,304	0,023	0,000	-0,317	0,022	0,000
FG LH T0	-0,076	0,023	0,001	-0,179	0,025	0,000
FS Délég. T0	-0,088	0,024	0,000	-0,072	0,024	0,002
FS Resp. T0	0,013	0,024	0,588	0,018	0,023	0,451
FS Coach. T0	-0,005	0,025	0,836	-0,018	0,024	0,468
FS Info. T0	-0,070	0,025	0,006	-0,095	0,025	0,000
FS Comp. T0	0,001	0,023	0,964	-0,009	0,023	0,693
FS Err. T0	0,013	0,027	0,631	0,033	0,027	0,220
Intervention versus						
contrôle	0,137	0,135	0,007	0,110	0,046	0,020
Δ FG LH				-0,223	0,029	0,000
R^2			0,256			0,308
ΔR^2						0,051**

Note. * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; p : risque d'erreur ; var : variance ; e.t. : écart type ; CCI : coefficient de corrélation intra-classe ; b : coefficient de régression ; s.e. : erreur standard du coefficient ; EE : épuisement émotionnel ; Δ : évolution ; FS : facteur spécifique ; FG : facteur global ; Délég. : délégation de pouvoir ; Resp. : responsabilisation ; Coach. : coaching à l'auto-direction ; Info : partage d'informations ; Comp. : développement des compétences ; Err. : droit à l'erreur pour l'innovation ; LH : leadership habitant ; R^2 : pourcentage de variance expliquée ; ΔR^2 : différence de variance expliquée.

Annexe 14. Livrable d'une UF du service sortant

DIAGNOSTIC PSYCHO- SOCIO-ORGANISATIONNEL



Florian OLLIEROU (facilitateur référent)

Coordination de recherche :

Investigateur coordonnateur : Baptiste COUGOT
Coordinateur d'études cliniques : Jules GAUVIN

Psychologues et Sociologue Facilitateurs :

Arnaud LE CUN, Florian OLLIEROU, Marine
ROBERT, Thomas STERCHI



Comité scientifique : Nicolas GILLET, Ghazlane FLEURY-BAHI, Leïla MORET, Dominique TRIPODI, Claire LONGUENESSE, Xavier DEPARIS, Kalyane BACH-NGOHO, Baptiste COUGOT, Jules GAUVIN

Table des matières

Introduction	3
1. Description des scores RPS, QVT et Qualité	4
2. Rappels sur la méthodologie d'analyse qualitative	6
3. Synthèse de l'analyse qualitative collective	7
3.1. Dynamique relationnelle et représentations des acteurs	7
3.1.1. Conflit inter-métier dans l'équipe paramédicale.....	7
3.1.2. La cohésion intra-métier.....	8
3.1.3. Le travail en binôme AS/IDE	8
3.1.4. Les spécificités de l'équipe de nuit	9
3.1.5. L'encadrement	9
3.1.6. Le corps médical	9
3.2. Les enjeux de la prise en charge	9
3.2.1. Une ressource majeure : la relation tissée avec le patient.....	9
3.2.2. Le poids psychologique de la prise en charge	10
3.2.3. La compréhension de la prise en charge	10
3.2.4. La qualité perçue de la prise en charge	10
3.3. Représentations des conditions de travail et éléments prégnants du discours.....	11
3.3.1. L'ambivalence du ressenti et la comparaison avec les autres services	11
3.3.2. La fatigue : conséquence de la charge de travail et des arrêts non-remplacés	11
3.3.3. La question du planning et du retour sur congé.....	11
3.3.4. Les exigences spécifiques aux équipes de nuit	11
3.3.5. La dynamique démotivationnelle et la perte de sens	12
3.4. Le rapport à l'institution et le conflit idéologique	12
4. Références bibliographiques	13

Introduction

Ce document présente les analyses psycho-socio-organisationnelles réalisées à partir des entretiens d'exploration du vécu au travail. Par souci de confidentialité mais aussi de synthèse, les analyses individuelles ont été exclues. Vous ne trouverez donc ci-dessous que les analyses collectives réalisées sur le service [REDACTED].

Ce document permet d'avoir une vue synthétique de la structure des contraintes et ressources perçues par les professionnels du service, mais aussi des stratégies d'ajustement mises en œuvre pour faire face aux événements.

1. Description des scores RPS, QVT et Qualité

Les résultats présentés ici sont issus des questionnaires remplis par les professionnels lors de leur visite médicale.

Toutes les échelles utilisées sont des outils validés dans la littérature scientifique. Elles sont rassemblées trois par trois afin d'appréhender les niveaux de Risque Psycho-Social (RPS), de Qualité de Vie au Travail (QVT) et de qualité des soins.

Aide à l'interprétation :

Les scores vont de 1 à 10 sur chaque échelle :

- **RPS** : Plus les scores de stress, d'épuisement et de mal-être sont proches de 10, plus les RPS sont perçus importants.
- **QVT** : Plus les scores de satisfaction, de bien-être et d'intention de rester dans son emploi actuel sont proches de 10, plus la QVT est élevée.
- **Qualité** : Plus les scores de qualité des soins, de sécurité des soins et de performance sont proches de 10, plus les professionnels jugent que les soins dispensés dans l'unité sont sécurisés et de qualité, et plus ils se trouvent personnellement performants dans leur pratique professionnelle.

Un code couleur permet de situer [] par rapport aux autres UF du [] :

Lorsque le score moyen est surligné en bleu, nous pouvons dire que l'UF se situe dans les 25% d'unités fonctionnelles au vécu le plus positif sur l'indicateur concerné. À l'inverse, lorsque le score moyen est surligné en taupe, nous pouvons dire que l'UF se situe dans les 25% d'unités fonctionnelles au vécu le plus négatif sur l'indicateur concerné.¹

¹ Le code couleur est fondé sur les 1^{er} et 3^{ème} quartiles calculés pour chaque indicateur au niveau UF, c'est-à-dire en considérant les UF comme unité statistique.

		RPS			QVT			Qualité		
		Stress	Epuisement	Mal-être	satisfaction	bien-être	intention de rester	qualité des soins	sécurité des soins	performance
AS	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10
	Moyenne	5,3	5,7	5,6	6,8	7,0	6,8	7,5	7,6	6,4
	Médiane	5,8	6,2	5,7	7,5	7,3	8,0	7,5	8,0	6,0
	Ecart type	1,7	1,9	1,7	1,7	1,4	3,7	1,4	1,3	1,1
Autre	N	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Moyenne	5,3	6,8	6,0	7,5	7,5	6,0	7,0	7,0	5,5
	Médiane	5,3	6,8	6,0	7,5	7,5	6,0	7,0	7,0	5,5
	Ecart type	3,2	2,8	1,4	3,5	3,1	4,2	1,4	1,4	2,1
IDE	N	22	22	22	22	22	22	22	22	22
	Moyenne	5,6	6,4	6,7	7,2	6,5	5,5	7,5	7,3	6,8
	Médiane	5,8	6,8	6,3	7,5	7,0	5,0	8,0	8,0	7,0
	Ecart type	1,4	1,5	1,5	1,2	1,4	2,9	1,2	1,5	1,7
medecin	N	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Moyenne	4,5	5,8	5,7	7,5	7,3	7,5	7,5	8,0	7,0
	Médiane	4,5	5,8	5,7	7,5	7,3	7,5	7,5	8,0	7,0
	Ecart type	1,4	0,8	0,0	0,0	0,5	0,7	0,7	0,0	0,0
Total	N	38	38	38	38	38	38	38	38	38
	Moyenne	5,4	6,2	6,2	7,1	6,7	5,8	7,4	7,4	6,7
	Médiane	5,5	6,4	6,0	7,5	7,2	5,5	8,0	8,0	7,0
	Ecart type	1,6	1,6	1,6	1,4	1,4	3,1	1,2	1,3	1,5
Légende:		: fait partie des 25% moins bons scores du PHU1. (Seuil calculé au niveau UF)								
		: fait partie des 25% meilleurs scores du PHU1. (Seuil calculé au niveau UF)								

Le tableau n'affiche pas les résultats de l'unique ASH et de l'unique AMA afin de préserver la confidentialité des données. Toutefois, celles-ci sont intégrées aux données totales.

2. Rappels sur la méthodologie d'analyse qualitative

Chaque entretien intégré dans l'analyse a fait l'objet d'une analyse dite structurée. La procédure était la suivante :

- 1- Retranscription thématique du discours de chaque entretien
- 2- Réalisation d'une carte conceptuelle (ou carte mentale) du discours de chaque entretien
- 3- Analyse des ressources et contraintes perçues
- 4- Regroupement et croisement des thématiques individuelles
- 5- Induction de la dynamique collective à partir du discours individuel
- 6- Rédaction d'une synthèse individuelle (non publique)

Ces analyses étaient portées sur un nombre croissant d'entretiens jusqu'à obtention d'un matériel subjectivement suffisant pour décrire la variabilité des représentations. Les analyses collectives étaient alors réalisées :

- 1- Identification et analyses des consensus entre les entretiens
- 2- Identification et analyses des différences entre les entretiens
- 3- Analyse et induction des processus relatifs (a) aux caractéristiques individuelles, (b) aux phénomènes collectifs, (c) au contenu du travail/soin, (d) à l'environnement, et (e) à l'organisation, du point de vue de leurs interactions dynamiques. Ces inductions sont réalisées à l'appui des modèles de psychologie sociale, de psychologie de la santé, et de sociologie des organisations.
- 4- Rédaction d'une synthèse collective (voir ci-dessous)

Ces éléments sont produits dans un processus rigoureux mais subjectif. Par conséquent, l'analyse fournit un état des lieux parcellaire de la diversité des vécus et de la dynamique de service, et qui doit être envisagé comme tel.

3. Synthèse de l'analyse qualitative collective

Le service [REDACTED] d'accueil des patients [REDACTED] pendant des hospitalisations longues (plusieurs semaines) et régulières. Ces caractéristiques de la prise en charge permettent aux soignants de développer un soin relationnel particulier avec les patients.

3.1. Dynamique relationnelle et représentations des acteurs

3.1.1. Conflit inter-métier dans l'équipe paramédicale

Le discours fait apparaître de façon consensuelle une contrainte majeure au sein du service [REDACTED] **tous les professionnels s'accordent pour dire qu'il existe, en effet, des tensions entre l'équipe des IDE et l'équipe des AS (mentionnons toutefois que certains AS ou IDE ne se sentent pas concernés)**. L'équipe fait alors état d'une ambiance pesante, tendue, ne se prêtant pas à l'exercice de l'activité de soin, la contraignant même parfois.

Les manifestations

Parmi les manifestations de ce conflit que l'on retrouve dans les discours, l'idée d'un sentiment de méfiance vis-à-vis de certains collègues est assez prégnante, entraînant alors une résistance pour apporter son aide. En réaction, certains développent **des stratégies d'évitement** et renoncent ainsi à demander l'appui du corps de métier auxquels ils s'opposent. Dans les cas les plus extrêmes, il arrive que le conflit s'exprime ouvertement entre collègues, accompagné **d'une décharge émotionnelle mêlant larmes, reproches et colère**.

Le vécu des tensions

De manière très majoritaire, voire exclusive, les professionnels [REDACTED] renvoient un **sentiment de mal-être** face à cette situation qui s'enlise et dont on ne peut finalement remonter à la source. Ce mal-être s'exprime sous différentes formes: colère, frustration, incompréhension. Souvent, de façon transversale, le discours laisse entendre **un regret quant à cette situation** et exprime le souhait que les rapports s'améliorent. Enfin, le ressenti global se traduit par une charge émotionnelle supplémentaire entraînant un **sentiment de fatigue**. Bien sûr, face à cette situation tendue qui dure, chacun cherche à lui donner du sens et mobilise différentes explications.

Evocation des causes du conflit

Dans les discours apparaissent deux types d'explications; les explications invoquant des **traits individuels** et d'autres invoquant des **explications structurelles**, parfois les deux se mêlent.

- Les traits individuels :

Pour un certain nombre de professionnels, **le conflit est lié à la personnalité de quelques collègues** qui seraient identifiées comme étant de nature résistante et au tempérament difficile. Pour beaucoup des personnes interrogées, il n'y aurait qu'un noyau de personnes qui déstabiliseraient le collectif.

- Les causes structurelles :

Pour beaucoup, la cause principalement identifiée est la **fatigabilité** qui trouverait ses origines dans l'augmentation de la charge de travail et les arrêts non remplacés (*sujets développés plus amplement dans la suite du document*). **Cette fatigue ressentie sur le long terme, rend les personnes plus tendues, émotionnellement fragiles et donc plus réactives aux remarques.** À plusieurs reprises, il est mentionné que le moindre commentaire peut prendre des proportions démesurées. Le discours général reconnaît également que les conflits sont causés par une mauvaise interprétation ou une exagération du message mettant en lumière que les tensions apparaissent en raison **d'un défaut de communication.**

Enfin, le discours fait état d'une certaine **résignation** ou d'un **renoncement**. L'impression que le conflit est ouvert depuis trop longtemps pour pouvoir retrouver une cohésion générale domine. Il semble se partager l'idée que la situation est si durable qu'elle en est presque devenue habituelle, et qu'envisager la situation autrement est difficile.

Face à de telles contraintes, l'équipe arrive à équilibrer ces rapports par deux éléments modérateurs très importants dans le discours : **la cohésion intra-métier** et le **travail en binôme.**

3.1.2. La cohésion intra-métier

Très logiquement, un conflit intergroupe aboutit à un soutien plus fort entre les membres d'un même groupe. C'est ce que le discours laisse apparaître de manière importante. En effet, AS comme IDE désignent **la ressource que constitue le collectif d'appartenance.** Dans les moments difficiles, les professionnels perçoivent un fort soutien de la part des collègues de même métier et privilégient l'entraide et le partage de ce qui est ressenti au quotidien. Pour autant, ce propos est nuancé par **un certain nombre de professionnels qui préfèrent sortir de ces logiques de groupe.** Ces personnes disent trouver du soutien autant dans l'endogroupe que l'exogroupe parce qu'elles ne rejettent pas le dysfonctionnement sur les groupes de métiers mais sur les individus qu'ils ont identifié comme étant problématiques, qu'ils soient de l'un ou de l'autre métier.

3.1.3. Le travail en binôme AS/IDE

Il a été exprimé plus haut que l'ensemble des professionnels regrettait l'atmosphère tendue qui régnait dans le service. À cet effet, est expérimenté depuis peu le travail en binôme AS/IDE. Sur le principe, les binômes font le tour des secteurs en duo plusieurs fois par jour. Cette nouvelle organisation est souvent évoquée dans les discours comme une **ressource venant modérer les tensions durables.** L'équipe, que les membres soient AS ou IDE, est demandeuse de ce genre de dispositif car il est ressenti comme **un moyen de permettre l'échange et favorise la communication.** Par ailleurs, les binômes permettent aussi de partager un temps de pause entre collègues IDE/AS, qui est également perçu comme bénéfique à la vie du groupe. Cependant, le discours laisse apparaître l'avis général que tous les binômes ne se passent pas tous aussi bien les uns que les autres. **La réussite d'un binôme serait dépendante de la personne avec qui l'on travaille,** ainsi, les professionnels vivent plus ou moins bien leur binôme : *« il y a des binômes qui se passent bien et d'autres moins, ça dépend avec qui on tombe ».*

Par ailleurs, malgré une attitude positive vis-à-vis du binôme, **plusieurs professionnels pointent du doigt la difficulté de réunir les activités d'AS et d'IDE au même moment**. Par exemple, si la sonnette retentit pour faire rentrer quelqu'un dans [REDACTED] le temps que l'AS accompagne le visiteur et lui explique les modalités de visite, l'IDE fonctionne seule.

Pour autant, dans le discours général, en tout cas, est exprimée **l'envie de travailler davantage en binôme**, le dispositif étant apprécié.

3.1.4. Les spécificités de l'équipe de nuit

L'équipe de nuit, quant à elle, exprime une satisfaction quant à la vie d'équipe. Conscients des problématiques conflictuelles dans les équipes de jour, les professionnels de nuit évoquent globalement un soutien et une cohésion importante la nuit avec une bonne ambiance.

3.1.5. L'encadrement

L'analyse du discours met en exergue différents ressentis quant à l'encadrement. Dans sa majorité, l'équipe **trouve une écoute et reconnaît les efforts faits par la cadre** pour reprendre en main le service tout en reconnaissant qu'elle est prise entre la pression institutionnelle et celle du terrain. D'autre part, une partie du discours s'oriente vers un sentiment plus mitigé, **regrettant une absence de fermeté** dans la gestion des conflits. Quelques professionnels regrettent, quant à eux, l'accueil qui lui a été réservé considérant avoir fait d'elle « *un bouc-émissaire* » en réaction à l'ancien encadrement qui a été particulièrement mal vécu.

3.1.6. Le corps médical

Le corps médical est peu présent dans le discours. Cependant, lorsqu'il est évoqué, les professionnels du service reconnaissent **la haute expertise technique des médecins** [REDACTED] et peuvent y trouver une ressource. Toutefois, cette identification est modérée par le sentiment qu'ils ne communiquent pas suffisamment sur les décisions médicales ce qui entraîne **l'impression de ne pas toujours comprendre correctement les décisions thérapeutiques**, alors que l'équipe est amenée à devoir répondre aux questionnements des patients et des familles (*la compréhension de la prise en charge est davantage détaillée dans la suite du document*).

3.2. Les enjeux de la prise en charge

3.2.1. Une ressource majeure : la relation tissée avec le patient

Le discours laisse une large place à la relation que les professionnels peuvent construire avec le patient. D'abord, les spécificités du secteur [REDACTED] permettent. En effet, les patients vivent des hospitalisations longues (plusieurs semaines) et sont amenés à revenir au bout de plusieurs mois ce qui induit **le sentiment de véritablement suivre le patient**. L'équipe a donc le temps de nouer des relations avec eux. Et d'ailleurs, une majorité de professionnels estime **que le soin relationnel est tout aussi important que le soin technique**. En termes de ressentis, l'équipe exprime **une satisfaction, un plaisir**, et au-delà, certains indiquent même **le sentiment d'être utile et trouver dans la relation patient une forme de reconnaissance de l'activité**. En outre, le relationnel patient est

identifié à ce point comme une ressource qu'il semble être suffisant pour pallier les difficultés du quotidien : « *on se sauve avec nos patients* ».

Cependant, les ressources issues de cette relation au patient se trouvent modérées par **les exigences de la prise en charge** présentées dans les paragraphes suivants.

3.2.2. Le poids psychologique de la prise en charge

Le service [REDACTED] accueille des patients atteints de [REDACTED] et dont l'issue est incertaine, avec une situation médicale très instable pouvant entraîner des complications rapidement. Cette spécificité entraîne **une charge émotionnelle** importante chez les professionnels d'autant plus renforcée par **le processus d'attachement et d'identification** à l'œuvre dans le service. Ces situations, estimées comme « *lourdes* », supposent aussi devoir faire face à la souffrance et aux demandes des familles. Pour répondre à ces contraintes, **les professionnels utilisent différentes stratégies individuelles ou collectives**. En premier lieu, le soutien des collègues et le partage du ressenti apparaît comme un modérateur important. Il permet de décharger émotionnellement, **l'humour étant alors parfois vécu comme salutaire pour dépasser les émotions négatives**. D'autre part, on trouve aussi dans les discours **des stratégies de prévention défensives**, mettant en jeu la mise à distance avec le patient, « *la construction d'une carapace* ». Enfin, **l'expérience dans le service** apparaît également comme modérateur dans la gestion émotionnelle des situations complexes.

3.2.3. La compréhension de la prise en charge

Dans le discours mais de manière minoritaire, on retrouve l'idée que la compréhension des décisions thérapeutiques et des situations des patients n'est pas toujours clair. Il est fait état **d'un manque de transparence et de communication dans le diagnostic et les décisions médicales concernant les patients**. En conséquence, les soignants expriment parfois le sentiment de se trouver démunis face aux demandes des patients et des familles, mettant les professionnels en difficulté. Par ailleurs, certains discours mettent en avant **la clairvoyance des patients vis-à-vis des comportements du soignant** : dans le cas d'une mauvaise transmission des informations sur la décision thérapeutique, le professionnel peut se méprendre sur l'issue de la situation médicale d'un patient. Les soignants indiquent alors que leurs gestes ne sont plus les mêmes, ils sont plus doux, les professionnels font davantage attention, etc. Les patients ne seraient alors pas dupes et comprendraient que leur situation n'est pas au beau fixe (alors même que le diagnostic ne va pas ou plus dans ce sens). **Ces situations sont particulièrement mal vécues par les professionnels**.

3.2.4. La qualité perçue de la prise en charge

Un certain nombre de professionnels exprime **une insatisfaction quant à la qualité de la prise en charge**, estimant qu'elle pourrait être plus effective. L'équipe a le sentiment que, globalement, de moins en moins de temps est alloué au relationnel patient. À plusieurs reprises, **les professionnels estiment avoir l'impression de ne pas faire correctement leur travail**, provoquant alors un mal-être car ceci attende au sens donné au métier. Enfin, des éléments discursifs apparaissent quant au risque patient. Pour certains professionnels, **la fatigue liée notamment à la charge de travail en hausse et aux arrêts non-remplacés** entraîne une perte de la vigilance et la crainte de faire une erreur.

3.3. Représentations des conditions de travail et éléments prégnants du discours

3.3.1. L'ambivalence du ressenti et la comparaison avec les autres services

La question des conditions de travail générale révèle une ambivalence dans le discours. D'une part, des professionnels estiment que celles-ci sont **globalement satisfaisantes et qu'elles permettent de passer du temps avec les patients**. Ce ressenti est par ailleurs appuyé par la croyance fortement partagée que les conditions de travail se dégradent dans l'institution mais que le secteur **en** reste protégé. **La comparaison des conditions de travail avec celles des autres services est alors un modérateur puissant** à tel point que certains professionnels n'osent se plaindre. Mais d'autre part, certains d'entre eux estiment qu'en dehors des comparaisons inter-services, **l'évolution des conditions de travail générales dans le secteur se dégradent tout de même**, notamment à cause de la charge de travail en augmentation.

3.3.2. La fatigue : conséquence de la charge de travail et des arrêts non-remplacés

De manière générale, la charge de travail est vécue comme cyclique et présente une composante aléatoire. Celle-ci est liée à la stabilité des patients et aux effectifs. Si le discours laisse apparaître que le service a un effectif suffisant sur le papier, **les arrêts non-remplacés sont vécus comme aggravant largement les conditions de travail**. La charge de travail ressentie comme fluctuante associée à des effectifs insuffisants entraînent alors le sentiment partagé d'une fatigabilité accrue. **Cette fatigue se trouve alors, dans le discours, au cœur des différentes contraintes identifiées du service : les tensions, la qualité de la prise en charge et le désengagement**. Par ailleurs, les professionnels ont le sentiment que l'activité augmente, réalisant alors davantage d'entrées et de sorties, sans que de nouveaux moyens y soient associés. Pour faire face, **les professionnels indiquent que la vie privée, la famille, les activités hors travail, sont des ressources très importantes**. Pour d'autres, c'est la perspective des vacances qui fait tenir (*les entretiens réalisés entre juin et juillet peuvent expliquer la prégnance des vacances dans le discours*). Enfin, les temps partiels sont également indiqués comme un moyen de protection face à la fatigue.

3.3.3. La question du planning et du retour sur congé

Minoritairement, le discours autour du planning laisse apparaître une contrainte liée à des changements et aux demandes de retours sur congés intempestifs qui ont plusieurs conséquences. D'abord, les professionnels expriment un **sentiment d'injustice et de frustration** lorsqu'on leur demande de revenir pour remplacer des arrêts. Mais c'est surtout la fatigue ressentie qui est mise en exergue ainsi qu'un ras le bol. Les professionnels mettent alors le doigt sur un cercle vicieux : comment récupérer de la fatigue si l'on doit retourner au travail, environnement particulièrement éprouvant ? Fatigue susceptible d'engendrer de nouveaux arrêts et donc de nouveaux retours sur congés, etc.

3.3.4. Les exigences spécifiques aux équipes de nuit

Pour l'équipe de nuit, **les conditions de travail apparaissent comme globalement satisfaisantes**. Les horaires de travail favorisent l'organisation de la vie privée liée aux exigences du rôle de parent. Par

ailleurs, il est fait état du sentiment d'avoir **une autonomie agréable sur l'organisation de son activité**, davantage que le jour. Les situations de patients se détériorant de manière imprévisible peuvent être vécues comme stressantes mais cette contrainte est compensée par la ressource que représente l'équipe et la possibilité d'appeler un interne. **Ce qui frustre particulièrement l'équipe de nuit est l'accès aux formations**. En effet, elle regrette que les horaires de ces formations ne soient pas suffisamment adaptées à leur rythme de travail, les professionnels devant alors définir une organisation qui peut se révéler couteuse si les professionnels souhaitent suivre des formations (garde d'enfant, formations sur jours de repos...).

3.3.5. La dynamique démotivationnelle et la perte de sens

À plusieurs reprises, le discours général exprime un mouvement ou **une volonté de désinvestissement et de désengagement de la vie du service**. Un modèle général des causes et des effets se dessine alors dans certains discours : la fatigue physique et psychologique liée au surmenage aurait pour effet **une perception négative de la qualité de la prise en charge**. Ce sentiment s'exprime dans la « *sensation du travail mal fait* », « *de la perte de sens* », « *des vocations que l'on détruit* » et correspond pour certains à **une attaque des valeurs du travail de soignant**. Ce sentiment amène par la suite les professionnels à se questionner, à ne plus avoir envie de s'investir, à se retirer des groupes de travail, ou encore à refuser de revenir sur les arrêts, etc.

3.4. Le rapport à l'institution et le conflit idéologique

Le discours général entretient dans sa grande majorité l'idée **que l'institution est peu concernée par les problèmes du terrain**. Les professionnels font d'abord état d'un **manque de reconnaissance** et ont le sentiment de ne pas être suffisamment entendus dans l'expression de leur mal-être. Cette contrainte est d'autant plus accentuée par la croyance que l'institution ne résonne qu'en termes économiques, ce qui est **très éloigné des valeurs des métiers qu'expriment les professionnels** pour lesquels l'argument budgétaire n'est pas légitime étant donné que « *c'est de l'humain en fin de chaîne* ».

L'impression d'être à la disposition exclusive du CHU domine, avec **le sentiment de non reconnaissance de la souffrance et de la vie privée des professionnels**: « *ils pensent qu'on est marié au CHU* ». Par ailleurs, les propos sont souvent appuyés par la mise en lumière du traitement des contractuels. À plusieurs reprises, en effet, les professionnels regrettent, et expriment de la colère, quant aux conditions de travail de leurs collègues contractuels, tout en étant conscient que ce statut relativise leurs propres conditions de travail par comparaison sociale.

Ces sentiments négatifs sont toutefois minorés par quelques discours. Certains ont pu sentir une main tendue de l'institution et une reconnaissance tandis que d'autres assument **l'idée d'une confiance dans l'institution** pour résoudre les contraintes du travail à l'avenir. Enfin, **une minorité estime que le fonctionnement hospitalier n'est que le reflet d'une évolution globale de la société**, ce qui semble relativiser leurs contraintes liées aux exigences du travail en se décentrant de l'environnement de soin.

4. Références bibliographiques

BARDIN, Laurence. *L'analyse de contenu*. Paris : Presses Universitaires de France - PUF, 2007. ISBN 978-2-13-056027-2.

BRUCHON-SCHWEITZER, Marilou. *Un modèle intégratif en psychologie de la santé*, in G.N. Fischer (éd). *Traité de psychologie de la santé*, Paris, Dunod, 2002, chap.2 (p.47-71).

BRUCHON-SCHWEITZER, Marilou. *Psychologie de la santé : Modèles, concepts et méthodes*. Paris : Dunod, 2005. ISBN 978-2-10-049039-4.

FOLKMAN, S. (2008). *The case for positive emotions in the stress process*. *Anxiety, Stress and Coping*, 21, 3-14.

KOLECK, M. BRUCHON-SCHWEITZER, M. BOURGEOIS, M. (2003). *Stress et coping: un modèle intégratif en psychologie de la santé*. *Annales Médico-Psychologiques*, 161, 809-815.

MALO Mairie. *La santé psychologique au travail : une modélisation ancrée dans la théorie de la conservation des ressources*. Thèse, Université de Montréal, 2014.

RYAN, R. M., & DECI, E. L. *Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being*. 2000, *American Psychologist*, 55, 68-78.

Annexe 15. Lettre du Directeur Général du CHU au Directeur Général de l'ARS

PÔLE DIRECTION GÉNÉRALE

Monsieur le Directeur Général
Agence Régionale de Santé

Affaire suivie par :

Directeur du Pôle Ressources Humaines

Monsieur le Directeur Général,

J'ai le plaisir de vous informer que nous menons actuellement au CHU [REDACTED] une expérimentation managériale inédite, visant à promouvoir dans le cadre d'un plan global d'action Qualité de Vie au Travail les pratiques favorisant l'empowerment des équipes au sein d'un PHU, de manière à tester leur impact sur notre performance en matière d'absentéisme notamment.

Cette expérimentation fait l'objet d'un Programme de Recherche sur les Performances du Système de Soins (PREPS) et est financée, à ce titre, par la DGOS. La notice jointe présente plus en détail les enjeux et la méthode de l'étude.

L'équipe porteuse est structurée autour deux instances principales : un comité de pilotage représentant la gouvernance médico-administrative de l'établissement associé à un comité scientifique coordonné par Baptiste COUGOT (psychologue du travail et investigateur coordonnateur) et Jules GAUVIN (coordinateur d'étude clinique), associant douze chercheurs et professionnels issus des sciences sociales (psychologie du travail, psychologie sociale, management), des sciences médicales (médecine du travail, santé publique, épidémiologie, biologie) et des statistiques.

Cette démarche extrêmement innovante est basée sur un questionnaire relatif au bien-être au travail associé à des mesures médicales au service de santé au travail, permettant de poser un diagnostic initial, une démarche de facilitation à la prise de conscience des acteurs de terrain de leur marge de manœuvre opérationnelle, une démarche de concertations associant la direction et un diagnostic final. Ces mesures des évolutions dans le temps se cumulent à la comparaison avec un secteur similaire mais non impacté par cette démarche managériale spécifique.

Les travaux conduits donneront lieu à publication.

Au-delà de la dimension recherche inhérente à ce projet, l'enjeu consiste à tirer les leçons de cette expérience dans l'animation au quotidien des équipes du CHU en capitalisant sur les résultats de l'étude.

Je ne manquerai pas de vous tenir informé de l'avancée de la démarche.

Je vous prie de croire, Monsieur le Directeur Général, à l'assurance de ma considération.

Directeur Général

Bibliographie

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans : Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology, 87*(1), 49-74. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.87.1.49>
- Adam, E. K., Quinn, M. E., Tavernier, R., McQuillan, M. T., Dahlke, K. A., & Gilbert, K. E. (2017). Diurnal cortisol slopes and mental and physical health outcomes : A systematic review and meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology, 83*, 25-41. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2017.05.018>
- Ahearne, M., Mathieu, J., & Rapp, A. (2005). To empower or not to empower your sales force? An empirical examination of the influence of leadership empowerment behavior on customer satisfaction and performance. *The Journal of Applied Psychology, 90*(5), 945-955. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.90.5.945>
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50*(2), 179-211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Albrecht, S. L., & Andretta, M. (2011). The influence of empowering leadership, empowerment and engagement on affective commitment and turnover intentions in community health service workers : Test of a model. *Leadership in Health Services, 24*(3), 228-237. <https://doi.org/10.1108/17511871111151126>
- Allen, N. J., & Meyer, J. P. (1990). The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization. *Journal of Occupational Psychology, 63*(1), 1-18. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8325.1990.tb00506.x>
- Allen, T. D., Herst, D. E. L., Bruck, C. S., & Sutton, M. (2000). Consequences associated with work-to-family conflict : A review and agenda for future research. *Journal of Occupational Health Psychology, 5*(2), 278-308. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.5.2.278>
- Amira, S. (2014). *Les risques professionnels par métiers. Enquête SUMER 2010*.
- Amirkhan, J. H. (2012). Stress overload : A new approach to the assessment of stress. *American Journal of Community Psychology, 49*(1-2), 55-71. <https://doi.org/10.1007/s10464-011-9438-x>

- Amstad, F. T., Meier, L. L., Fasel, U., Elfering, A., & Semmer, N. K. (2011). A meta-analysis of work-family conflict and various outcomes with a special emphasis on cross-domain versus matching-domain relations. *Journal of Occupational Health Psychology, 16*(2), 151-169.
<https://doi.org/10.1037/a0022170>
- Amundsen, S., & Martinsen, Ø. L. (2014). Empowering leadership : Construct clarification, conceptualization, and validation of a new scale. *The Leadership Quarterly, 25*(3), 487-511.
<https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2013.11.009>
- Amundsen, S., & Martinsen, Ø. L. (2015). Linking empowering leadership to job satisfaction, work effort, and creativity : The role of self-leadership and psychological empowerment. *Journal of Leadership & Organizational Studies, 22*(3), 304-323.
<https://doi.org/10.1177/1548051814565819>
- Armon, G. (2009). Do burnout and insomnia predict each other's levels of change over time independently of the job demand control–support (JDC–S) model? *Stress and Health, 25*(4), 333-342.
<https://doi.org/10.1002/smi.1266>
- Armon, G., Melamed, S., Toker, S., Berliner, S., & Shapira, I. (2014). Joint effect of chronic medical illness and burnout on depressive symptoms among employed adults. *Health Psychology, 33*(3), 264-272.
<https://doi.org/10.1037/a0033712>
- Armon, G., Shirom, A., Shapira, I., & Melamed, S. (2008). On the nature of burnout–insomnia relationships : A prospective study of employed adults. *Journal of Psychosomatic Research, 65*(1), 5-12.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.01.012>
- Arnold, J. A., Arad, S., Rhoades, J. A., & Drasgow, F. (2000). The empowering leadership questionnaire : The construction and validation of a new scale for measuring leader behaviors. *Journal of Organizational Behavior, 21*(3), 249-269. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1379\(200005\)21:3<249::AID-JOB10>3.0.CO;2-#](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1379(200005)21:3<249::AID-JOB10>3.0.CO;2-#)
- Arnold, K. A. (2017). Transformational leadership and employee psychological well-being : A review and directions for future research. *Journal of Occupational Health Psychology, 22*(3), 381-393.
<https://doi.org/10.1037/ocp0000062>

- Aronsson, G., Theorell, T., Grape, T., Hammarström, A., Hogstedt, C., Marteinsdottir, I., Skoog, I., Träskman-Bendz, L., & Hall, C. (2017). A systematic review including meta-analysis of work environment and burnout symptoms. *BMC Public Health*, *17*(1), 1-13.
<https://doi.org/10.1186/s12889-017-4153-7>
- Arrègle, J.-L. (2003). Les modèles linéaires hiérarchiques : 1. principes et illustration. *M@n@gement*, *6*(1), 1-28.
- Asparouhov, T., & Muthén, B. (2009). Exploratory structural equation modeling. *Structural Equation Modeling*, *16*(3), 397-438.
<https://doi.org/10.1080/10705510903008204>
- Avolio, B. J., Bass, B. M., & Jung, D. I. (1999). Re-examining the components of transformational and transactional leadership using the Multifactor Leadership Questionnaire. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, *72*(4), 441-462. <https://doi.org/10.1348/096317999166789>
- Baayen, R. H., Davidson, D. J., & Bates, D. M. (2008). Mixed-effects modeling with crossed random effects for subjects and items. *Journal of Memory and Language*, *59*(4), 390-412. <https://doi.org/10.1016/j.jml.2007.12.005>
- Baker, J. P., & Berenbaum, H. (2007). Emotional approach and problem-focused coping : A comparison of potentially adaptive strategies. *Cognition and Emotion*, *21*(1), 95-118.
<https://doi.org/10.1080/02699930600562276>
- Bakker, A. B., & Costa, P. L. (2014). Chronic job burnout and daily functioning : A theoretical analysis. *Burnout Research*, *1*(3), 112-119.
<https://doi.org/10.1016/j.burn.2014.04.003>
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2014). Job Demands–Resources Theory. In P. Y. Chen & C. L. Cooper (Éds.), *Wellbeing : A complete reference guide. Work and wellbeing* (p. 37-64). Wiley Blackwell.
<https://doi.org/10.1002/9781118539415.wbwell019>
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2017). Job demands-resources theory : Taking stock and looking forward. *Journal of Occupational Health Psychology*, *22*(3), 273-285. <https://doi.org/10.1037/ocp0000056>
- Bakker, A. B., ten Brummelhuis, L. L., Prins, J. T., & der Heijden, F. M. M. A. van. (2011). Applying the job demands–resources model to the work–home interface : A study among medical residents and their partners. *Journal of Vocational Behavior*, *79*(1), 170-180.
<https://doi.org/10.1016/j.jvb.2010.12.004>

- Baldwin, T. T., Ford, J. K., & Blume, B. D. (2017). The state of transfer of training research : Moving toward more consumer-centric inquiry. *Human Resource Development Quarterly*, 28(1), 17-28.
<https://doi.org/10.1002/hrdq.21278>
- Bandura, A. (1976). Self-reinforcement : Theoretical and methodological considerations. *Behaviorism*, 4(2), 135-155.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy : Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
<https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action : A social cognitive theory*. Prentice-Hall, Inc.
- Barnett, S. M., & Ceci, S. J. (2002). When and where do we apply what we learn? A taxonomy for far transfer. *Psychological Bulletin*, 128(4), 612-637. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.4.612>
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research : Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.51.6.1173>
- Barrett, P. (2007). Structural equation modelling : Adjudging model fit. *Personality and Individual Differences*, 42(5), 815-824.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.09.018>
- Bass, B. M., & Avolio, B. J. (1993). Transformational leadership and organizational culture. *Public Administration Quarterly*, 17(1), 112-121. JSTOR.
- Bawden, D., & Robinson, L. (2009). The dark side of information : Overload, anxiety and other paradoxes and pathologies. *Journal of Information Science*, 35(2), 180-191. <https://doi.org/10.1177/0165551508095781>
- Beckie, T. M. (2012). A Systematic Review of Allostatic Load, Health, and Health Disparities. *Biological Research For Nursing*, 14(4), 311-346.
<https://doi.org/10.1177/1099800412455688>
- Béland, S., Cousineau, D., & Loye, N. (2018). Utiliser le coefficient omega de McDonald à la place de l’alpha de cronbach. *McGill Journal of Education / Revue des sciences de l’éducation de McGill*, 52(3), 791-804.
- Bellinghausen, L., Collange, J., Botella, M., Emery, J.-L., & Albert, É. (2009). Validation factorielle de l’échelle française de stress perçu en milieu professionnel. *Santé publique*, 21(4), 365–373.

- Berntson, G. G., Bigger, J. T., Eckberg, D. L., Grossman, P., Kaufmann, P. G., Malik, M., Nagaraja, H. N., Porges, S. W., Saul, J. P., Stone, P. H., & Molen, M. W. V. D. (1997). Heart rate variability : Origins, methods, and interpretive caveats. *Psychophysiology*, *34*(6), 623-648.
<https://doi.org/10.1111/j.1469-8986.1997.tb02140.x>
- Bester, J., Stander, M. W., & Van Zyl, L. E. (2015). Leadership empowering behaviour, psychological empowerment, organisational citizenship behaviours and turnover intention in a manufacturing division. *SA Journal of Industrial Psychology*, *41*(1), 1-14.
<https://doi.org/10.4102/sajip.v41i1.1215>
- Bibevski, S., & Dunlap, M. E. (2011). Evidence for impaired vagus nerve activity in heart failure. *Heart Failure Reviews*, *16*(2), 129-135.
<https://doi.org/10.1007/s10741-010-9190-6>
- Biggs, A., Brough, P., & Drummond, S. (2017). Lazarus and Folkman's Psychological Stress and Coping Theory. In C. L. Cooper & J. C. Quick (Éds.), *The handbook of stress and health : A guide to research and practice* (p. 349-364). Wiley Blackwell.
<https://doi.org/10.1002/9781118993811.ch21>
- Bista, B., & Beck, N. (2014). Cushing syndrome. *The Indian Journal of Pediatrics*, *81*(2), 158-164. <https://doi.org/10.1007/s12098-013-1203-8>
- Bledow, R., Rosing, K., & Frese, M. (2012). A dynamic perspective on affect and creativity. *Academy of Management Journal*, *56*(2), 432-450.
<https://doi.org/10.5465/amj.2010.0894>
- Bliese, P. D., Maltarich, M. A., & Hendricks, J. L. (2018). Back to basics with mixed-effects models : Nine take-away points. *Journal of Business and Psychology*, *33*(1), 1-23. <https://doi.org/10.1007/s10869-017-9491-z>
- Blouet, C. (2013). Le rôle du noyau du tractus solitaire dans la détection et l'intégration de multiples signaux métaboliques. *médecine/sciences*, *29*(5), 449-452. <https://doi.org/10.1051/medsci/2013295002>
- Blume, B. D., Ford, J. K., Baldwin, T. T., & Huang, J. L. (2010). Transfer of training : A meta-analytic review. *Journal of Management*, *36*(4), 1065-1105. <https://doi.org/10.1177/0149206309352880>
- Bobbio, A., Bellan, M., & Manganelli, A. M. (2012). Empowering leadership, perceived organizational support, trust, and job burnout for nurses : A study in an Italian general hospital. *Health Care Management Review*, *37*(1), 77-87. <https://doi.org/10.1097/HMR.0b013e31822242b2>

- Boehm, J. K., & Kubzansky, L. D. (2012). The heart's content : The association between positive psychological well-being and cardiovascular health. *Psychological Bulletin*, 138(4), 655-691. <https://doi.org/10.1037/a0027448>
- Bottaccioli, A. G. (2017). The role of stress and emotions in cardiovascular disease : Stress management and meditation programs in the prevention and treatment of cardiovascular disease. In M. Fioranelli (Éd.), *Integrative Cardiology : A New Therapeutic Vision* (p. 153-163). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-40010-5_12
- Boudrias, J.-S., & Bérard, J. (2016). L'empowerment et le leadership d'habilitation. In J.-L. Bernaud, P. Desrumaux, & D. Guédon (Éds.), *Psychologie de la bientraitance professionnelle : Concepts, modèles et dispositifs* (p. 103-109). Dunod.
- Boudrias, J.-S., Brunet, L., Morin, A. J. S., Savoie, A., Plunier, P., & Cacciatore, G. (2010). Empowering employees : The moderating role of perceived organisational climate and justice. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 42(4), 201-211. <https://doi.org/10.1037/a0020465>
- Bowling, N. A., Eschleman, K. J., & Wang, Q. (2010). A meta-analytic examination of the relationship between job satisfaction and subjective well-being. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 83(4), 915-934. <https://doi.org/10.1348/096317909X478557>
- Bowling, N. A., Eschleman, K. J., Wang, Q., Kirkendall, C., & Alarcon, G. (2010). A meta-analysis of the predictors and consequences of organization-based self-esteem. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 83(3), 601-626. <https://doi.org/10.1348/096317909X454382>
- Brosch, E., & Binnewies, C. (2018). A diary study on predictors of the work-life interface: The role of time pressure, psychological climate and positive affective states. *management revue - Socio-Economic Studies*, 29(1), 55-78.
- Brown, M. E., & Treviño, L. K. (2014). Do role models matter? An investigation of role modeling as an antecedent of perceived ethical leadership. *Journal of Business Ethics*, 122(4), 587-598. <https://doi.org/10.1007/s10551-013-1769-0>

- Bruchon-Schweitzer, M., & Boujut, E. (2014). *Psychologie de la santé - 2e éd. : Concepts, méthodes et modèles* (2e édition). Dunod.
- Buuren, S. (2018). *Flexible imputation of missing data*. Chapman and Hall/CRC. <https://doi.org/10.1201/9780429492259>
- Buuren, S. van, & Groothuis-Oudshoorn, K. (2010). MICE : Multivariate imputation by chained equations in R. *Journal of Statistical Software*, 1null.
- Cangur, S., & Ercan, I. (2015). Comparison of model fit indices used in structural equation modeling under multivariate normality. *Journal of Modern Applied Statistical Methods*, 14(1), 152-167. <https://doi.org/10.22237/jmasm/1430453580>
- Carless, S. A., Wearing, A. J., & Mann, L. (2000). A short measure of transformational leadership. *Journal of Business and Psychology*, 14(3), 389-405. <https://doi.org/10.1023/A:1022991115523>
- Carney, B., & Getz, I. (2016). *Freedom, Inc. : How corporate liberation unleashes employee potential and business performance*. Somme Valley House.
- Carsten, M. K., Uhl-Bien, M., & Huang, L. (2018). Leader perceptions and motivation as outcomes of followership role orientation and behavior. *Leadership*, 14(6), 731-756. <https://doi.org/10.1177/1742715017720306>
- Cerni, T., Curtis, G. J., & Colmar, S. H. (2010). Executive coaching can enhance transformational leadership. *International Coaching Psychology Review*, 5(1), 81-85.
- Chan, S., & Debono, M. (2010). Review : Replication of cortisol circadian rhythm: new advances in hydrocortisone replacement therapy. *Therapeutic Advances in Endocrinology and Metabolism*, 1(3), 129-138. <https://doi.org/10.1177/2042018810380214>
- Charmandari, E., Tsigos, C., & Chrousos, G. (2005). Endocrinology of the Stress Response. *Annual Review of Physiology*, 67(1), 259-284. <https://doi.org/10.1146/annurev.physiol.67.040403.120816>
- Chen, F. F. (2007). Sensitivity of goodness of fit indexes to lack of measurement invariance. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 14(3), 464-504. <https://doi.org/10.1080/10705510701301834>
- Chen, F. F., West, S. G., & Sousa, K. H. (2006). A comparison of bifactor and second-order models of quality of life. *Multivariate Behavioral Research*, 41(2), 189-225. https://doi.org/10.1207/s15327906mbr4102_5

- Chen, G., Sharma, P. N., Edinger, S. K., Shapiro, D. L., & Farh, J.-L. (2011). Motivating and demotivating forces in teams : Cross-level influences of empowering leadership and relationship conflict. *Journal of Applied Psychology, 96*(3), 541-557. <https://doi.org/10.1037/a0021886>
- Chénard Poirier, L.-A., Morin, A. J. S., & Boudrias, J.-S. (2017). On the merits of coherent leadership empowerment behaviors : A mixture regression approach. *Journal of Vocational Behavior, 103*(Part B), 66-75. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2017.08.003>
- Cheong, M., Spain, S. M., Yammarino, F. J., & Yun, S. (2016). Two faces of empowering leadership : Enabling and burdening. *The Leadership Quarterly, 27*(4), 602-616. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2016.01.006>
- Cheong, M., Yammarino, F. J., Dionne, S. D., Spain, S. M., & Tsai, C.-Y. (2019). A review of the effectiveness of empowering leadership. *The Leadership Quarterly, 30*(1), 34-58. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2018.08.005>
- Cheung, G. W., & Rensvold, R. B. (2002). Evaluating goodness-of-fit indexes for testing measurement invariance. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal, 9*(2), 233-255. https://doi.org/10.1207/S15328007SEM0902_5
- Chung-Yan, G. A. (2010). The nonlinear effects of job complexity and autonomy on job satisfaction, turnover, and psychological well-being. *Journal of Occupational Health Psychology, 15*(3), 237-251. <https://doi.org/10.1037/a0019823>
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior, 24*(4), 385-396. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- Cohen, S., Kessler, R. C., & Gordon, L. U. (1995). Strategies for measuring stress in studies of psychiatric and physical disorders. In S. Cohen, R. C. Kessler, & L. U. Gordon (Éds.), *Measuring stress : A guide for health and social scientists* (p. 3-26). Oxford University Press.
- Collins, L. M., Schafer, J. L., & Kam, C. M. (2001). A comparison of inclusive and restrictive strategies in modern missing data procedures. *Psychological Methods, 6*(4), 330-351. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.6.4.330>

- Colquitt, J. A. (2001). On the dimensionality of organizational justice : A construct validation of a measure. *The Journal of Applied Psychology*, 86(3), 386-400.
- Colquitt, J. A., LePine, J. A., & Noe, R. A. (2000). Toward an integrative theory of training motivation : A meta-analytic path analysis of 20 years of research. *The Journal of Applied Psychology*, 85(5), 678-707. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.85.5.678>
- Conger, J. A. (1989). Leadership : The art of empowering others. *Academy of Management Perspectives*, 3(1), 17-24. <https://doi.org/10.5465/ame.1989.4277145>
- Conger, J. A., & Kanungo, R. N. (1988). The empowerment process : Integrating theory and practice. *The Academy of Management Review*, 13(3), 471-482. <https://doi.org/10.2307/258093>
- Corbeil, R. R., & Searle, S. R. (1976). REstricted Maximum Likelihood (REML) estimation of variance components in the mixed model. *Technometrics*, 18(1), 31-38. <https://doi.org/10.1080/00401706.1976.10489397>
- Cougot, B., Gauvin, J., Gillet, N., Bach-Ngohou, K., Lesot, J., Getz, I., Deparis, X., Longuenesse, C., Armant, A., Bataille, E., Leclere, B., Fleury-Bahi, G., Moret, L., & Tripodi, D. (2019). Impact at two years of an intervention on empowerment among medical care teams : Study protocol of a randomised controlled trial in a large French university hospital. *BMC Health Services Research*, 19(1), 927. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4724-7>
- Cougot, B., & Tripodi, D. (2017). Recherche et Action au sein de 5 services d'un CHU pour la réduction de l'absentéisme et l'amélioration de la Qualité de Vie au Travail. *INRS - Références en santé au travail*, 149, 99-100.
- Crawford, E. R., Lepine, J. A., & Rich, B. L. (2010). Linking job demands and resources to employee engagement and burnout : A theoretical extension and meta-analytic test. *The Journal of Applied Psychology*, 95(5), 834-848. <https://doi.org/10.1037/a0019364>
- Critcher, C. R., & Dunning, D. (2009). How chronic self-views influence (and mislead) self-assessments of task performance : Self-views shape bottom-up experiences with the task. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97(6), 931-945. <https://doi.org/10.1037/a0017452>

- Cucina, J., & Byle, K. (2017). The bifactor model fits better than the higher-order model in more than 90% of comparisons for mental abilities test batteries. *Journal of Intelligence*, 5(3), 27.
<https://doi.org/10.3390/jintelligence5030027>
- Cusin, J. (2011). Vers l'instauration d'une culture du « droit à l'erreur » dans les entreprises innovantes. *Annales des Mines - Gerer et comprendre*, 104(2), 36-47.
- Dahinten, V. S., Macphee, M., Hejazi, S., Laschinger, H., Kazanjian, M., McCutcheon, A., Skelton-Green, J., & O'Brien-Pallas, L. (2014). Testing the effects of an empowerment-based leadership development programme : Part 2 – staff outcomes. *Journal of Nursing Management*, 22(1), 16-28. <https://doi.org/10.1111/jonm.12059>
- Day, A., Crown, S. N., & Ivany, M. (2017). Organisational change and employee burnout : The moderating effects of support and job control. *Safety Science*, 100(Part A), 4-12.
<https://doi.org/10.1016/j.ssci.2017.03.004>
- De Klerk, S., & Stander, M. W. (2014). Leadership empowerment behaviour, work engagement and turnover intention : The role of psychological empowerment. *Journal of Positive Management*, 5(3), 28-45.
<https://doi.org/10.12775/JPM.2014.018>
- de Kloet, E. R., Joëls, M., & Holsboer, F. (2005). Stress and the brain : From adaptation to disease. *Nature Reviews Neuroscience*, 6(6), 463-475.
<https://doi.org/10.1038/nrn1683>
- de Vente, W., van Amsterdam, J. G. C., Olf, M., Kamphuis, J. H., & Emmelkamp, P. M. G. (2015). Burnout is associated with reduced parasympathetic activity and reduced hpa axis responsiveness, predominantly in males. *BioMed Research International*, 2015, article 431725. <https://doi.org/10.1155/2015/431725>
- Deci, E. L., Connell, J. P., & Ryan, R. M. (1989). Self-determination in a work organization. *Journal of Applied Psychology*, 74(4), 580-590.
<https://doi.org/10.1037/0021-9010.74.4.580>
- Deci, E. L., Koestner, R., & Ryan, R. M. (1999). A meta-analytic review of experiments examining the effects of extrinsic rewards on intrinsic motivation. *Psychological Bulletin*, 125(6), 627-668.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.6.627>
- Deci, E. L., Olafsen, A. H., & Ryan, R. M. (2017). Self-determination theory in work organizations : The state of a science. *Annual Review of*

- Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 4, 19-43.
<https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-032516-113108>
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). The general causality orientations scale : Self-determination in personality. *Journal of Research in Personality*, 19(2), 109-134. [https://doi.org/10.1016/0092-6566\(85\)90023-6](https://doi.org/10.1016/0092-6566(85)90023-6)
- Décret n° 2016-1908 du 27 décembre 2016 relatif à la modernisation de la médecine du travail, Code du travail (2016).
- Deledalle, A., & Rowe, C. (2021). Traiter ses données proprement : Vers un meilleur usage du data cleaning. *Psychologie Française*, 66, 91-105.
<https://doi.org/10.1016/j.psfr.2019.07.002>
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *The Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499-512.
- Demerouti, Evangelia, Bakker, A. B., & Bulters, A. J. (2004). The loss spiral of work pressure, work-home interference and exhaustion : Reciprocal relations in a three-wave study. *Journal of Vocational Behavior*, 64(1), 131-149. [https://doi.org/10.1016/S0001-8791\(03\)00030-7](https://doi.org/10.1016/S0001-8791(03)00030-7)
- Derryberry, D., & Tucker, D. M. (1994). Motivating the focus of attention. In P. M. Niedenthal & S. Kitayama (Éds.), *The heart's eye : Emotional influences in perception and attention* (p. 167-196). Academic Press.
<https://doi.org/10.1016/B978-0-12-410560-7.50014-4>
- DeSteno, D., Gross, J. J., & Kubzansky, L. (2013). Affective science and health : The importance of emotion and emotion regulation. *Health Psychology*, 32(5), 474-486. <https://doi.org/10.1037/a0030259>
- Dewe, P. (2017). Demand, resources, and their relationship with coping : Developments, issues, and future directions. In C. Cooper & J. C. Quick (Éds.), *The handbook of stress and health : A guide to research and practice, first edition* (p. 427-442). John Wiley & Sons, Ltd.
<https://doi.org/10.1002/9781118993811.ch26>
- Dewettinck, K., & van Amejide, M. (2011). Linking leadership empowerment behaviour to employee attitudes and behavioural intentions : Testing the mediating role of psychological empowerment. *Personnel Review*, 40(3), 284-305. <https://doi.org/10.1108/00483481111118621>
- Dickerson, S. S., Gruenewald, T. L., & Kemeny, M. E. (2004). When the social self is threatened : Shame, physiology, and health. *Journal of Personality*, 72(6), 1191-1216. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2004.00295.x>

- Dickerson, S. S., & Kemeny, M. E. (2004). Acute stressors and cortisol responses : A theoretical integration and synthesis of laboratory research. *Psychological Bulletin*, *130*(3), 355-391. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.3.355>
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being : Three decades of progress. *Subjective well-being: Three decades of progress*, *125*(2), 276-302.
- Dirks, K. T., & Ferrin, D. L. (2002). Trust in leadership : Meta-analytic findings and implications for research and practice. *The Journal of Applied Psychology*, *87*(4), 611-628. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.87.4.611>
- Dong, Y., & Peng, C.-Y. J. (2013). Principled missing data methods for researchers. *SpringerPlus*, *2*(1), 222. <https://doi.org/10.1186/2193-1801-2-222>
- Dubesset, E. (2021). Le conseil en stratégie et management, un marché exponentiel. *La Croix*. <https://www.la-croix.com/Economie/Le-conseil-strategie-management-marche-exponentiel-2021-02-08-1201139471>
- Dunn, A. M., Scott, C., Allen, J. A., & Bonilla, D. (2016). Quantity and quality : Increasing safety norms through after action reviews. *Human Relations*, *69*(5), 1209-1232. <https://doi.org/10.1177/0018726715609972>
- Dziurkowska, E., & Wesolowski, M. (2009). Evaluation of two techniques for extraction of cortisol from human saliva. *Chromatographia*, *70*(5), 769-774. <https://doi.org/10.1365/s10337-009-1239-0>
- Ehrlinger, J., & Dunning, D. (2003). How chronic self-views influence (and potentially mislead) estimates of performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, *84*(1), 5-17. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.1.5>
- Eid, M., Geiser, C., Koch, T., & Heene, M. (2017). Anomalous results in G-factor models : Explanations and alternatives. *Psychological Methods*, *22*(3), 541-562. <https://doi.org/10.1037/met0000083>
- Einarsen, S., Aasland, M. S., & Skogstad, A. (2007). Destructive leadership behaviour : A definition and conceptual model. *The Leadership Quarterly*, *18*(3), 207-216. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2007.03.002>
- Eisenberger, R., Rhoades, L., & Cameron, J. (1999). Does pay for performance increase or decrease perceived self-determination and intrinsic motivation? *Journal of Personality and Social Psychology*, *77*(5), 1026-1040. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.77.5.1026>

- Ellis, S., & Davidi, I. (2005). After-event reviews : Drawing lessons from successful and failed experience. *The Journal of Applied Psychology*, *90*(5), 857-871. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.90.5.857>
- Ely, K., Boyce, L. A., Nelson, J. K., Zaccaro, S. J., Hernez-Broome, G., & Whyman, W. (2010). Evaluating leadership coaching : A review and integrated framework. *The Leadership Quarterly*, *21*(4), 585-599. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2010.06.003>
- Enders, C. K., & Bandalos, D. L. (2001). The relative performance of full information maximum likelihood estimation for missing data in structural equation models. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, *8*(3), 430-457. https://doi.org/10.1207/S15328007SEM0803_5
- Eng, W., Moore, S., Grunberg, L., Greenberg, E., & Sikora, P. (2010). What influences work-family conflict? The function of work support and working from home. *Current Psychology*, *29*(2), 104-120. <https://doi.org/10.1007/s12144-010-9075-9>
- Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *The American Journal of Psychiatry*, *137*(5), 535-544. <https://doi.org/10.1176/ajp.137.5.535>
- Ernst, G. (2017). Hidden Signals—The History and Methods of Heart Rate Variability. *Frontiers in Public Health*, *5*. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2017.00265>
- Fong, K. H., & Snape, E. (2015). Empowering leadership, psychological empowerment and employee outcomes : Testing a multi-level mediating model. *British Journal of Management*, *26*(1), 126-138. <https://doi.org/10.1111/1467-8551.12048>
- Ford, M. B., & Collins, N. L. (2010). Self-esteem moderates neuroendocrine and psychological responses to interpersonal rejection. *Journal of Personality and Social Psychology*, *98*(3), 405-419. <https://doi.org/10.1037/a0017345>
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology. *The American psychologist*, *56*(3), 218-226. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.218>
- Fredrickson, B. L., Cohn, M. A., Coffey, K. A., Pek, J., & Finkel, S. M. (2008). Open hearts build lives : Positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources. *Journal of personality and social psychology*, *95*(5), 1045-1062. <https://doi.org/10.1037/a0013262>

- Fresneau. (2014). CHU : des arrêts en hausse. *Presse Océan*.
- Friedman, R. S., & Förster, J. (2010). Implicit affective cues and attentional tuning : An integrative review. *Psychological bulletin*, 136(5), 875-893. <https://doi.org/10.1037/a0020495>
- Gagné, M., Forest, J., Vansteenkiste, M., Crevier-Braud, L., Broeck, A. van den, Aspeli, A. K., Bellerose, J., Benabou, C., Chemolli, E., Güntert, S. T., Halvari, H., Indiyastuti, D. L., Johnson, P. A., Molstad, M. H., Naudin, M., Ndao, A., Olafsen, A. H., Roussel, P., Wang, Z., & Westbye, C. (2015). The multidimensional work motivation scale : Validation evidence in seven languages and nine countries. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 24(2), 178-196. <https://doi.org/10.1080/1359432X.2013.877892>
- Gagné, M., Senécal, C. B., & Koestner, R. (1997). Proximal job characteristics, feelings of empowerment, and intrinsic motivation : A multidimensional model. *Journal of Applied Social Psychology*, 27(14), 1222-1240. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1997.tb01803.x>
- Gambert. (2020a). Nantes. CHU : le dur constat de la médecine du travail. *Ouest France*. <https://www.ouest-france.fr/sante/nantes-chu-le-dur-constat-de-la-medecine-du-travail-6839420>
- Gambert, P. (2016). Le CHU de Nantes « a créé des emplois en 2016 ». *Ouest France*.
- Gambert, P. (2020b). CHU de Nantes : Des cadres de santé à bout. *Ouest France*. <https://www.ouest-france.fr/pays-de-la-loire/nantes-44000/chu-de-nantes-des-cadres-de-sante-a-bout-7050827>
- Gauchard, Y. (2011). Loire-Athlantique : Malaise au CHU. *Presse Océan*, 2-3.
- Gauchard, Y. (2014). Au CHU, flambée des arrêts maladie. *Presse Océan*, 2-3.
- Gauchard, Y. (2020). Des burn-out à l'hôpital avant le coronavirus. *Presse Océan*, 4.
- George, J. M., & Zhou, J. (2001). When openness to experience and conscientiousness are related to creative behavior : An interactional approach. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 513-524. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.513>
- Gérard, A. (2017). *Le patron qui ne voulait plus être chef* (Flammarion).
- Getz, I. (2009). Liberating leadership : How the initiative-freeing radical organizational form has been successfully adopted. *California Management Review*, 51(4), 32-58. <https://doi.org/10.2307/41166504>

- Getz, I. (2012). La liberté d'action des salariés : Une simple théorie, ou un inéluctable destin ? *Annales des Mines - Gerer et comprendre*, 108(2), 27-38.
- Getz, I., Carney, B., & Demange, O. (2013). *Liberté & Cie : Quand la liberté des salariés fait le succès des entreprises*. Flammarion.
- Gignac, G. E. (2016). The higher-order model imposes a proportionality constraint : That is why the bifactor model tends to fit better. *Intelligence*, 55, 57-68. <https://doi.org/10.1016/j.intell.2016.01.006>
- Gilbert, P., Teglborg, A.-C., & Raulet-Croset, N. (2017). L'entreprise libérée, innovation radicale ou simple avatar du management participatif ? *Annales des Mines - Gerer et comprendre*, 127(1), 38-49.
- Gillet, N., Morin, A. J. S., Cougot, B., & Fouquereau, E. (2021). A Person-Centered Perspective on the Combined Effects of Global and Specific LMX Components for Employees. *International Journal of Stress Management*.
- Gillet, N., Morin, A. J. S., Huart, I., Colombat, P., & Fouquereau, E. (2019). The forest and the trees : Investigating the globality and specificity of employees' basic need satisfaction at work. *Journal of Personality Assessment*, 102(5), 702-713. <https://doi.org/10.1080/00223891.2019.1591426>
- Gillet, N., Morin, A. J. S., Huyghebaert-Zouagh, T., Alibrant, E., Barrault, S., & Vanhove-Meriaux, C. (2020). Students' need satisfaction profiles : Similarity and change over the course of a university semester. *Applied Psychology*, 69(4), 1396-1437. <https://doi.org/10.1111/apps.12227>
- Gilmour, A. R., Thompson, R., & Cullis, B. R. (1995). Average information REML : An efficient algorithm for variance parameter estimation in linear mixed models. *Biometrics*, 51(4), 1440-1450. <https://doi.org/10.2307/2533274>
- Girandola, F., & Roussiau, N. (2003). L'engagement comme source de modifications à long terme. [Commitment as a source of long-term modification.]. *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 57, 83-101.
- Gloria, C. T., & Steinhardt, M. A. (2016). Relationships among positive emotions, coping, resilience and mental health. *Stress and Health*, 32(2), 145-156. <https://doi.org/10.1002/smi.2589>

- Graham, J. W. (2009). Missing data analysis : Making it work in the real world. *Annual Review of Psychology*, *60*(1), 549-576.
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085530>
- Graham, J. W., Olchowski, A. E., & Gilreath, T. D. (2007). How many imputations are really needed? Some practical clarifications of multiple imputation theory. *Prevention Science: The Official Journal of the Society for Prevention Research*, *8*(3), 206-213. <https://doi.org/10.1007/s11121-007-0070-9>
- Green, S. B., & Yang, Y. (2015). Evaluation of dimensionality in the assessment of internal consistency reliability : Coefficient alpha and omega coefficients. *Educational Measurement: Issues and Practice*, *34*(4), 14-20. <https://doi.org/10.1111/emip.12100>
- Greenhaus, J. H., & Beutell, N. J. (1985). Sources of conflict between work and family roles. *Academy of Management Review*, *10*(1), 76-88.
<https://doi.org/10.5465/amr.1985.4277352>
- Griffeth, R. W., Hom, P. W., & Gaertner, S. (2000). A meta-analysis of antecedents and correlates of employee turnover : Update, moderator tests, and research implications for the next millennium. *Journal of Management*, *26*(3), 463-488. [https://doi.org/10.1016/S0149-2063\(00\)00043-X](https://doi.org/10.1016/S0149-2063(00)00043-X)
- Gross, J. J. (2015). Emotion regulation : Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, *26*(1), 1-26.
<https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>
- Gross, J. J., & Jazaieri, H. (2014). Emotion, emotion regulation, and psychopathology : An affective science perspective. *Clinical Psychological Science*, *2*(4), 387-401.
<https://doi.org/10.1177/2167702614536164>
- Grover, S., & Furnham, A. (2016). Coaching as a developmental intervention in organisations : A systematic review of its effectiveness and the mechanisms underlying it. *PLOS ONE*, *11*(7), article e0159137.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159137>
- Grzywacz, J. G., & Bass, B. L. (2003). Work, family, and mental health : Testing different models of work-family fit. *Journal of Marriage and Family*, *65*(1), 248-261. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2003.00248.x>

- Guaraldi, F., & Salvatori, R. (2012). Cushing syndrome : Maybe not so uncommon of an endocrine disease. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 25(2), 199-208.
<https://doi.org/10.3122/jabfm.2012.02.110227>
- Hackman, J. R., & Oldham, G. R. (1976). Motivation through the design of work : Test of a theory. *Organizational Behavior and Human Performance*, 16(2), 250-279. [https://doi.org/10.1016/0030-5073\(76\)90016-7](https://doi.org/10.1016/0030-5073(76)90016-7)
- Hammond, M., Cleveland, J. N., O'Neill, J. W., Stawski, R. S., & Jones Tate, A. (2015). Mediators of transformational leadership and the work-family relationship. *Journal of Managerial Psychology*, 30(4), 454-469.
<https://doi.org/10.1108/JMP-10-2011-0090>
- Harris, M. M., & Schaubroeck, J. (1988). A meta-analysis of self-supervisor, self-peer, and peer-supervisor ratings. *Personnel Psychology*, 41(1), 43-62. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1988.tb00631.x>
- Harris, T. B., Li, N., Boswell, W. R., Zhang, X., & Xie, Z. (2014). Getting what's new from newcomers : Empowering leadership, creativity, and adjustment in the socialization context. *Personnel Psychology*, 67(3), 567-604. <https://doi.org/10.1111/peps.12053>
- HAS. (2013). *La certification, la qualité des soins et la qualité de vie au travail*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-04/qvt_reco2clics.pdf
- HAS. (2016). *10 questions sur la qualité de vie au travail. Comment mettre en oeuvre une démarche de qualité de vie au travail dans les établissements de santé?* <http://www.fhf.fr/Developpement-durable/Actualites/QVT-10-questions-sur-la-qualite-de-vie-au-travail>
- Hassan, S., Mahsud, R., Yukl, G., & Prussia, G. E. (2013). Ethical and empowering leadership and leader effectiveness. *Journal of Managerial Psychology*, 28(2), 133-146. <https://doi.org/10.1108/02683941311300252>
- Hassard, J., Teoh, K. R. H., Visockaite, G., Dewe, P., & Cox, T. (2018). The cost of work-related stress to society : A systematic review. *Journal of Occupational Health Psychology*, 23(1), 1-17.
<https://doi.org/10.1037/ocp0000069>
- Hayes, A. F. (2009). Beyond Baron and Kenny : Statistical mediation analysis in the new millennium. *Communication Monographs*, 76(4), 408-420.
<https://doi.org/10.1080/03637750903310360>

- Herman, J. P. (2018). Regulation of hypothalamo-pituitary-adrenocortical responses to stressors by the nucleus of the solitary tract/dorsal vagal complex. *Cellular and molecular neurobiology*, 38(1), 25-35. <https://doi.org/10.1007/s10571-017-0543-8>
- Hermans, E. J., Henckens, M. J. A. G., Joëls, M., & Fernández, G. (2014). Dynamic adaptation of large-scale brain networks in response to acute stressors. *Trends in Neurosciences*, 37(6), 304-314. <https://doi.org/10.1016/j.tins.2014.03.006>
- Hernando, D., Roca, S., Sancho, J., Alesanco, Á., & Bailón, R. (2018). Validation of the Apple Watch for Heart Rate Variability Measurements during Relax and Mental Stress in Healthy Subjects. *Sensors*, 18(8), 2619. <https://doi.org/10.3390/s18082619>
- Herr, R. M., Van Harreveld, F., Uchino, B. N., Birmingham, W. C., Loerbroks, A., Fischer, J. E., & Bosch, J. A. (2019). Associations of ambivalent leadership with distress and cortisol secretion. *Journal of Behavioral Medicine*, 42(2), 265-275. <https://doi.org/10.1007/s10865-018-9982-z>
- Herrbach, O. (2005). États affectifs et formes d'engagement. Analyse et conséquences pour le concept d'engagement organisationnel. *Psychologie du travail et des organisations*, 11(3), 135-150.
- Het, S., Schoofs, D., Rohleder, N., & Wolf, O. T. (2012). Stress-induced cortisol level elevations are associated with reduced negative affect after stress : Indications for a mood-buffering cortisol effect. *Psychosomatic Medicine*, 74(1), 23-32. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31823a4a25>
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources : A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44(3), 513-524. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.3.513>
- Howard, J. L., Gagné, M., Morin, A. J. S., & Forest, J. (2016). Using bifactor exploratory structural equation modeling to test for a continuum structure of motivation. *Journal of Management*, 44(7), 2638-2664. <https://doi.org/10.1177/0149206316645653>
- Hoyt, L. T., Zeiders, K. H., Ehrlich, K. B., & Adam, E. K. (2016). Positive upshots of cortisol in everyday life. *Emotion*, 16(4), 431-435. <https://doi.org/10.1037/emo0000174>
- Huang, X., Iun, J., Liu, A., & Gong, Y. (2010). Does participative leadership enhance work performance by inducing empowerment or trust? The differential effects on managerial and non-managerial subordinates.

- Journal of Organizational Behavior*, 31(1), 122-143.
<https://doi.org/10.1002/job.636>
- Humborstad, S. I. W., Nerstad, C. G. L., & Dysvik, A. (2014). Empowering leadership, employee goal orientations and work performance : A competing hypothesis approach. *Personnel Review*, 43(2), 246-271.
<https://doi.org/10.1108/PR-01-2012-0008>
- inov-On. (2021). *inov-On Expérience—Donnez vie à votre transformation managériale !* inov-On Expérience. <https://www.inov-on-experience.fr/>
- INRS. (2015a). *Mesure des expositions aux agents chimiques et biologiques*.
<https://www.inrs.fr/risques/mesure-expositions-agents-chimiques-biologiques/ce-qu-il-faut-retenir.html>
- INRS. (2015b). *Troubles musculosquelettiques (TMS)*.
- INRS. (2016). *Lean management*. <https://www.inrs.fr/risques/lean-management/ce-qu-il-faut-retenir.html>
- INRS. (2020). *Risques biologiques*. <https://www.inrs.fr/risques/biologiques/ce-qu-il-faut-retenir.html>
- Jackson, T. A., Meyer, J. P., & Wang, X.-H. (Frank). (2013). Leadership, commitment, and culture : A meta-analysis. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 20(1), 84-106.
<https://doi.org/10.1177/1548051812466919>
- Janssen, O., & Vegt, G. S. van der. (2011). Positivity bias in employees' self-ratings of performance relative to supervisor ratings : The roles of performance type, performance-approach goal orientation, and perceived influence. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 20(4), 524-552. <https://doi.org/10.1080/1359432X.2010.485736>
- Jeličić, H., Phelps, E., & Lerner, R. (2009). Use of missing data methods in longitudinal studies : The persistence of bad practices in developmental psychology. *Developmental Psychology*, 45(4), 1195-1199.
<https://doi.org/10.1037/a0015665>
- Jerusalem, M., & Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy as a resource factor in stress appraisal processes. In *Self-efficacy : Thought control of action* (p. 195-213). Hemisphere Publishing Corp.
- Jiang, Y., Wang, Q., & Weng, Q. (2020). Contextual resource or demand? The effects of organizational engagement climate on employees' work-to-family conflict. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues*, Advance online publication.
<https://doi.org/10.1007/s12144-020-00689-1>

- Johnson, J. V., Hall, E. M., & Theorell, T. (1989). Combined effects of job strain and social isolation on cardiovascular disease morbidity and mortality in a random sample of the Swedish male working population. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 15(4), 271-279. <https://doi.org/10.5271/sjweh.1852>
- Jonsdottir, I. H., & Sjörs Dahlman, A. (2018). Endocrine and immunological aspects of burnout : A narrative review. *European Journal of Endocrinology*, 180(3), 147-158. <https://doi.org/10.1530/EJE-18-0741>
- Jönsson, P., Österberg, K., Wallergård, M., Hansen, Å. M., Garde, A. H., Johansson, G., & Karlson, B. (2015). Exhaustion-related changes in cardiovascular and cortisol reactivity to acute psychosocial stress. *Physiology & Behavior*, 151, 327-337. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2015.07.020>
- Joule, R.-V., & Beauvois, J.-L. (2014). *Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens* (édition revue et augmentée). Presses universitaires de Grenoble.
- Jovanovic, H., Perski, A., Berglund, H., & Savic, I. (2011). Chronic stress is linked to 5-HT1A receptor changes and functional disintegration of the limbic networks. *NeuroImage*, 55(3), 1178-1188. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2010.12.060>
- Judge, T. A., Hulin, C. L., & Dalal, R. S. (2012). Job satisfaction and job affect. In S. W. J. Kozlowski (Éd.), *The Oxford handbook of organizational psychology, Vol. 1*. (p. 496-525). Oxford University Press.
- Judge, T. A., & Kammeyer-Mueller, J. D. (2012). Job Attitudes. *Annual Review of Psychology*, 63(1), 341-367. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-120710-100511>
- Juster, R.-P., McEwen, B. S., & Lupien, S. J. (2010). Allostatic load biomarkers of chronic stress and impact on health and cognition. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(1), 2-16. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2009.10.002>
- Kaboub, F. (2008). Positivist Paradigm. In F. T. Leong (Éd.), *Encyclopedia of Counseling, Vol. 1* (Vol. 1, p. 786-786). SAGE Publications. <https://www.doi.org/10.4135/9781412963978.n249>
- Kailasapathy, P., & Jayakody, J. A. S. K. (2018). Does leadership matter? Leadership styles, family supportive supervisor behaviour and work interference with family conflict. *The International Journal of Human*

- Resource Management*, 29(11), 3033-3067.
<https://doi.org/10.1080/09585192.2016.1276091>
- Kansoun, Z., Boyer, L., Hodgkinson, M., Villes, V., Lançon, C., & Fond, G. (2019). Burnout in French physicians : A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 246, 132-147.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.056>
- Karasek Jr, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain : Implications for job redesign. *Administrative science quarterly*, 24(2), 285–308. <https://doi.org/10.2307/2392498>
- Kessler, R. C., Barber, C., Beck, A., Berglund, P., Cleary, P. D., McKenas, D., Pronk, N., Simon, G., Stang, P., Ustun, T. B., & Wang, P. (2003). The World Health Organization Health and Work Performance Questionnaire (HPQ). *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 45(2), 156 -174. <https://doi.org/10.1097/01.jom.0000052967.43131.51>
- Kiesler, C. A. (1977). Sequential events in commitment. *Journal of Personality*, 45(1), 65-78. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1977.tb00593.x>
- Kiesler, C. A., & Sakumura, J. (1966). A test of a model for commitment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3(3), 349-353.
<https://doi.org/10.1037/h0022943>
- Kim, D., Moon, C. W., & Shin, J. (2018). Linkages between empowering leadership and subjective well-being and work performance via perceived organizational and co-worker support. *Leadership & Organization Development Journal*, 39(7), 844-858. <https://doi.org/10.1108/LODJ-06-2017-0173>
- Kim, M., & Beehr, T. A. (2017a). Directing our own careers, but getting help from empowering leaders. *Career Development International*, 22(3), 300 -317. <https://doi.org/10.1108/CDI-11-2016-0202>
- Kim, M., & Beehr, T. A. (2017b). Self-efficacy and psychological ownership mediate the effects of empowering leadership on both good and bad employee behaviors. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 24(4), 466-478. <https://doi.org/10.1177/1548051817702078>
- Kim, M., & Beehr, T. A. (2018a). Empowering leadership : Leading people to be present through affective organizational commitment? *The International Journal of Human Resource Management*, 31(16), 2017-2044. <https://doi.org/10.1080/09585192.2018.1424017>

- Kim, M., & Beehr, T. A. (2018b). Can empowering leaders affect subordinates' well-being and careers because they encourage subordinates' job crafting behaviors? *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 25(2), 184-196. <https://doi.org/10.1177/1548051817727702>
- Kim, M., Beehr, T. A., & Prewett, M. S. (2018). Employee responses to empowering leadership : A meta-analysis. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 25(3), 257-276. <https://doi.org/10.1177/1548051817750538>
- Kinman, G., & Jones, F. (2008). Effort-reward imbalance, over-commitment and work-life conflict : Testing an expanded model. *Journal of Managerial Psychology*, 23(3), 236-251. <https://doi.org/10.1108/02683940810861365>
- Kirschbaum, C., & Hellhammer, D. (2000). Salivary cortisol. In G. Fink (Éd.), *Encyclopedia of stress, Vol. 3* (Vol. 3, p. 379-383). Academic press. <https://www.doi.org/10.1016/B978-012373947-6.00334-2>
- Kirschbaum, Clemens, & Hellhammer, D. H. (1994). Salivary cortisol in psychoneuroendocrine research : Recent developments and applications. *Psychoneuroendocrinology*, 19(4), 313-333. [https://doi.org/10.1016/0306-4530\(94\)90013-2](https://doi.org/10.1016/0306-4530(94)90013-2)
- Knowles, S. R., Nelson, E. A., & Palombo, E. A. (2008). Investigating the role of perceived stress on bacterial flora activity and salivary cortisol secretion : A possible mechanism underlying susceptibility to illness. *Biological Psychology*, 77(2), 132-137. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2007.09.010>
- Kok, B. E., Coffey, K. A., Cohn, M. A., Catalino, L. I., Vacharkulksemsuk, T., Algoe, S. B., Brantley, M., & Fredrickson, B. L. (2013). How positive emotions build physical health : Perceived positive social connections account for the upward spiral between positive emotions and vagal tone. *Psychological Science*, 24(7), 1123-1132. <https://doi.org/10.1177/0956797612470827>
- Kok, B. E., & Fredrickson, B. L. (2010). Upward spirals of the heart : Autonomic flexibility, as indexed by vagal tone, reciprocally and prospectively predicts positive emotions and social connectedness. *Biological Psychology*, 85(3), 432-436. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2010.09.005>
- Koleck, M., Bruchon-Schweitzer, M., & Bourgeois, M. L. (2003). Stress et coping : Un modèle intégratif en psychologie de la santé. *Annales*

- Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 161(10), 809-815.
<https://doi.org/10.1016/j.amp.2003.10.005>
- Konczak, L. J., Stelly, D. J., & Trusty, M. L. (2000). Defining and Measuring Empowering Leader Behaviors : Development of an Upward Feedback Instrument. *Educational and Psychological Measurement*, 60(2), 301 - 313. <https://doi.org/10.1177/00131640021970420>
- Koppel, J., Virkstis, K., Strumwasser, S., Katz, M., & Boston-Fleischhauer, C. (2015). Regulating the flow of change to reduce frontline nurse stress and burnout. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 45(11), 534-536. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000258>
- Kottwitz, M. U., Meier, L. L., Jacobshagen, N., Kälin, W., Elfering, A., Hennig, J., & Semmer, N. K. (2013). Illegitimate tasks associated with higher cortisol levels among male employees when subjective health is relatively low : An intra-individual analysis. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 39(3), 310-318. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3334>
- Krieger, D. T., Allen, W., Rizzo, F., & Krieger, H. P. (1971). Characterization of the normal temporal pattern of plasma corticosteroid levels. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 32(2), 266-284. <https://doi.org/10.1210/jcem-32-2-266>
- Kubicek, B., Korunka, C., & Tement, S. (2014). Too much job control? Two studies on curvilinear relations between job control and eldercare workers' well-being. *International Journal of Nursing Studies*, 51(12), 1644-1653. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.05.005>
- Kubicek, B., Paškvan, M., & Bunner, J. (2017). The bright and dark sides of job autonomy. In C. Korunka & B. Kubicek (Éds.), *Job demands in a changing world of work : Impact on workers' health and performance and implications for research and practice* (p. 45-63). Springer International Publishing AG. https://doi.org/10.1007/978-3-319-54678-0_4
- Kubzansky, L. D., Cole, S. R., Kawachi, I., Vokonas, P., & Sparrow, D. (2006). Shared and unique contributions of anger, anxiety, and depression to coronary heart disease : A prospective study in the normative aging study. *Annals of Behavioral Medicine*, 31(1), 21-29. https://doi.org/10.1207/s15324796abm3101_5
- Kunz-Ebrecht, S. R., Kirschbaum, C., Marmot, M., & Steptoe, A. (2004). Differences in cortisol awakening response on work days and weekends in women and men from the Whitehall II cohort.

- Psychoneuroendocrinology*, 29(4), 516-528.
[https://doi.org/10.1016/S0306-4530\(03\)00072-6](https://doi.org/10.1016/S0306-4530(03)00072-6)
- Kuvaas, B., Buch, R., & Dysvik, A. (2020). Individual variable pay for performance, controlling effects, and intrinsic motivation. *Motivation and Emotion*, 44(4), 525-533. <https://doi.org/10.1007/s11031-020-09828-4>
- Kuvaas, B., Buch, R., Gagne, M., & Dysvik, A. (2017). Do you get what you pay for? Sales incentives, motivation, and employee outcomes. *Academy of Management Proceedings*, 2015(1), article 11440.
<https://doi.org/10.5465/ambpp.2015.11440abstract>
- Kuvaas, B., Buch, R., Weibel, A., Dysvik, A., & Nerstad, C. G. L. (2017). Do intrinsic and extrinsic motivation relate differently to employee outcomes? *Journal of Economic Psychology*, 61, 244-258.
<https://doi.org/10.1016/j.joep.2017.05.004>
- Lamarche, L., Ozimok, B., Gammage, K. L., & Muir, C. (2017). Men respond too : The effects of a social-evaluative body image threat on shame and cortisol in university men. *American Journal of Men's Health*, 11(6), 1791-1803. <https://doi.org/10.1177/1557988317723406>
- Langfred, C. W., & Moye, N. A. (2004). Effects of task autonomy on performance : An extended model considering motivational, informational, and structural mechanisms. *Journal of Applied Psychology*, 89(6), 934-945. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.89.6.934>
- Larsen, R. (2011). Missing data imputation versus full information maximum likelihood with second-level dependencies. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 18(4), 649-662.
<https://doi.org/10.1080/10705511.2011.607721>
- Laschinger, H. K. S., Finegan, J. E., Shamian, J., & Wilk, P. (2001). Impact of structural and psychological empowerment on job strain in nursing work settings : Expanding Kanter's model. *Journal of nursing Administration*, 31(5), 260-272. <https://doi.org/10.1097/00005110-200105000-00006>
- Laschinger, H. K. S., Finegan, J. E., Shamian, J., & Wilk, P. (2004). A longitudinal analysis of the impact of workplace empowerment on work satisfaction. *Journal of Organizational Behavior*, 25(4), 527-545.
<https://doi.org/10.1002/job.256>
- Laschinger, H. K. S., Leiter, M. P., Day, A., Gilin-Oore, D., & Mackinnon, S. P. (2012). Building empowering work environments that foster civility and

- organizational trust : Testing an intervention. *Nursing Research*, 61(5), 316-325. <https://doi.org/10.1097/NNR.0b013e318265a58d>
- Laschinger, H. K. S., Sabiston, J. A., & Kutzcher, L. (1997). Empowerment and staff nurse decision involvement in nursing work environments : Testing Kanter's theory of structural power in organizations. *Research in Nursing & Health*, 20(4), 341-352.
- Laschinger, H. K. S., Wong, C. A., & Grau, A. L. (2013). Authentic leadership, empowerment and burnout : A comparison in new graduates and experienced nurses. *Journal of Nursing Management*, 21(3), 541-552. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01375.x>
- Lazarus, R. S. (1974). Psychological Stress and Coping in Adaptation and Illness. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 5(4), 321-333. <https://doi.org/10.2190/T43T-84P3-QDUR-7RTP>
- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions : A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-21. <https://doi.org/10.1146/annurev.ps.44.020193.000245>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping* (Springer). Springer Publishing Company.
- Le Monde. (2020, mars 26). Coronavirus : « Il est dangereux de faire endosser aux soignants le costume du héros ». *Le Monde.fr*. https://www.lemonde.fr/planete/article/2020/03/26/coronavirus-il-est-dangereux-de-faire-endosser-aux-soignants-le-costume-du-heros_6034557_3244.html
- LeBreton, J. M., & Senter, J. L. (2008). Answers to 20 Questions About Interrater Reliability and Interrater Agreement. *Organizational Research Methods*, 11(4), 815-852. <https://doi.org/10.1177/1094428106296642>
- Ledzińska, M., & Postek, S. (2017). From metaphorical information overflow and overload to real stress : Theoretical background, empirical findings, and applications. *European Management Journal*, 35(6), 785-793. <https://doi.org/10.1016/j.emj.2017.07.002>
- Lee, A., Willis, S., & Tian, A. W. (2018). Empowering leadership : A meta-analytic examination of incremental contribution, mediation, and moderation. *Journal of Organizational Behavior*, 39(3), 306-325. <https://doi.org/10.1002/job.2220>

- Lee, D. Y., Kim, E., & Choi, M. H. (2015). Technical and clinical aspects of cortisol as a biochemical marker of chronic stress. *BMB Reports*, *48*(4), 209-216. <https://doi.org/10.5483/BMBRep.2015.48.4.275>
- Lee, M., Idris, M. A., & Delfabbro, P. H. (2017). The linkages between hierarchical culture and empowering leadership and their effects on employees' work engagement : Work meaningfulness as a mediator. *International Journal of Stress Management*, *24*(4), 392-415. <https://doi.org/10.1037/str0000043>
- Lepine, J. A., Podsakoff, N. P., & Lepine, M. A. (2005). A meta-analytic test of the challenge stressor-hindrance stressor framework : An explanation for inconsistent relationships among stressors and performance. *Academy of Management Journal*, *48*(5), 764-775. <https://doi.org/10.5465/AMJ.2005.18803921>
- Lesage, F.-X., Berjot, S., & Deschamps, F. (2012). Psychometric properties of the French versions of the Perceived Stress Scale. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, *25*(2), 178-184. <https://doi.org/10.2478/s13382-012-0024-8>
- Leys, C., Klein, O., Dominicy, Y., & Ley, C. (2018). Detecting multivariate outliers : Use a robust variant of the Mahalanobis distance. *Journal of Experimental Social Psychology*, *74*, 150-156. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2017.09.011>
- Li, A., McCauley, K. D., & Shaffer, J. A. (2017). The influence of leadership behavior on employee work-family outcomes : A review and research agenda. *Human Resource Management Review*, *27*(3), 458-472. <https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2017.02.003>
- Liao, E. Y., Lau, V. P., Hui, R. T., & Kong, K. H. (2019). A resource-based perspective on work-family conflict : Meta-analytical findings. *Career Development International*, *24*(1), 37-73. <https://doi.org/10.1108/CDI-12-2017-0236>
- Locke, E. A. (1969). What is job satisfaction? *Organizational Behavior and Human Performance*, *4*(4), 309-336. [https://doi.org/10.1016/0030-5073\(69\)90013-0](https://doi.org/10.1016/0030-5073(69)90013-0)
- Lorinkova, N. M., & Perry, S. J. (2017). When is empowerment effective? The role of leader-leader exchange in empowering leadership, cynicism, and time theft. *Journal of Management*, *43*(5), 1631-1654. <https://doi.org/10.1177/0149206314560411>

- Lu, J. G., Brockner, J., Vardi, Y., & Weitz, E. (2017). The dark side of experiencing job autonomy : Unethical behavior. *Journal of Experimental Social Psychology, 73*, 222-234.
<https://doi.org/10.1016/j.jesp.2017.05.007>
- Lucet, É. (2015). *Santé : La loi du marché* [Reportage]. France 2.
<https://www.france.tv/france-2/cash-investigation/saison-4/171099-sante-la-loi-du-marche.html>
- Lupis, S. B., Lerman, M., & Wolf, J. M. (2014). Anger responses to psychosocial stress predict heart rate and cortisol stress responses in men but not women. *Psychoneuroendocrinology, 49*, 84-95.
<https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2014.07.004>
- Lupis, S. B., Sabik, N. J., & Wolf, J. M. (2016). Role of shame and body esteem in cortisol stress responses. *Journal of Behavioral Medicine, 39*(2), 262-275. <https://doi.org/10.1007/s10865-015-9695-5>
- Luse, A. (2015). Estimating Random Effects in Multilevel Structural Equation Models Using Mplus. *Journal of the Midwest Association for Information Systems, 2015*(2), 31-47.
- Luszczynska, A., Gutiérrez-Doña, B., & Schwarzer, R. (2005). General self-efficacy in various domains of human functioning : Evidence from five countries. *International Journal of Psychology, 40*(2), 80-89.
<https://doi.org/10.1080/00207590444000041>
- Luyster, F. S., Hughes, J. W., Waechter, D., & Josephson, R. (2006). Resource loss predicts depression and anxiety among patients treated with an implantable cardioverter defibrillator. *Psychosomatic Medicine, 68*(5), 794-800. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000227722.92307.35>
- MacKie, D. (2014). The effectiveness of strength-based executive coaching in enhancing full range leadership development : A controlled study. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research, 66*(2), 118-137.
<https://doi.org/10.1037/cpb0000005>
- MacPhee, M., Dahinten, V. s., Hejazi, S., Laschinger, H. K. S., Kazanjian, A., McCutcheon, A., Skelton-Green, J., & O'Brien-Pallas, L. (2014). Testing the effects of an empowerment-based leadership development programme : Part 1 – leader outcomes. *Journal of Nursing Management, 22*(1), 4-15. <https://doi.org/10.1111/jonm.12053>

- Mansolf, M., & Reise, S. P. (2017). When and why the second-order and bifactor models are distinguishable. *Intelligence*, *61*, 120-129. <https://doi.org/10.1016/j.intell.2017.01.012>
- Manz, C. C., & Sims, H. P. (1991). SuperLeadership : Beyond the myth of heroic leadership. *Organizational Dynamics*, *19*(4), 18-35. [https://doi.org/10.1016/0090-2616\(91\)90051-A](https://doi.org/10.1016/0090-2616(91)90051-A)
- Markon, K. E. (2019). Bifactor and hierarchical models : Specification, inference, and interpretation. *Annual Review of Clinical Psychology*, *15*, 51-69. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095522>
- Marlow, S. L., Lacerenza, C. N., Paoletti, J., Burke, C. S., & Salas, E. (2018). Does team communication represent a one-size-fits-all approach? : A meta-analysis of team communication and performance. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, *144*, 145-170. <https://doi.org/10.1016/j.obhdp.2017.08.001>
- Marsh, H. W., Morin, A. J. S., Parker, P. D., & Kaur, G. (2014). Exploratory structural equation modeling : An integration of the best features of exploratory and confirmatory factor analysis. *Annual Review of Clinical Psychology*, *10*(1), 85-110. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153700>
- Marsh, H. W., Muthén, B., Asparouhov, T., Lüdtke, O., Robitzsch, A., Morin, A. J. S., & Trautwein, U. (2009). Exploratory structural equation modeling, integrating cfa and efa : Application to students' evaluations of university teaching. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, *16*(3), 439-476. <https://doi.org/10.1080/10705510903008220>
- Martin, S. L., Liao, H., & Campbell, E. M. (2012). Directive versus empowering leadership : A field experiment comparing impacts on task proficiency and proactivity. *Academy of Management Journal*, *56*(5), 1372-1395. <https://doi.org/10.5465/amj.2011.0113>
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1997). Maslach Burnout Inventory : Third edition. In C. P. Zalaquett & R. J. Wood (Éds.), *Evaluating stress : A book of resources* (p. 191-218). Scarecrow Education.
- Maslach, C., & Schaufeli, W. B. (1993). Historical and conceptual development of burnout. In W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Éds.), *Series in applied psychology : Social issues and questions. Professional burnout : Recent developments in theory and research* (p. 1-16). Taylor & Francis.

- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397-422.
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Matheson, K., & Anisman, H. (2009). Anger and shame elicited by discrimination : Moderating role of coping on action endorsements and salivary cortisol. *European Journal of Social Psychology*, 39(2), 163-185.
<https://doi.org/10.1002/ejsp.522>
- Mathieu, J. E., & Taylor, S. R. (2006). Clarifying conditions and decision points for mediational type inferences in Organizational Behavior. *Journal of Organizational Behavior*, 27(8), 1031-1056.
<https://doi.org/10.1002/job.406>
- Mathur, M. B., Epel, E., Kind, S., Desai, M., Parks, C. G., Sandler, D. P., & Khazeni, N. (2016). Perceived stress and telomere length : A systematic review, meta-analysis, and methodologic considerations for advancing the field. *Brain, Behavior, and Immunity*, 54, 158-169.
<https://doi.org/10.1016/j.bbi.2016.02.002>
- Mayer, R. C., Davis, J. H., & Schoorman, F. D. (1995). An integrative model of organizational trust. *Academy of Management Review*, 20(3), 709-734.
<https://doi.org/10.5465/amr.1995.9508080335>
- McEwen. (2007). Physiology and neurobiology of stress and adaptation : Central role of the brain. *Physiological Reviews*, 87(3), 873-904.
<https://doi.org/10.1152/physrev.00041.2006>
- McEwen, B. S., & Seeman, T. (1999). Protective and damaging effects of mediators of stress. Elaborating and testing the concepts of allostasis and allostatic load. In N. E. Adler, M. Marmot, B. S. McEwen, & J. Stewart (Éds.), *Annals of the New York Academy of Sciences : Vol. 896. Socioeconomic status and health in industrial nations : Social, psychological, and biological pathways* (p. 30-47). New York Academy of Sciences.
- McEwen, Bruce S. (2003). Mood disorders and allostatic load. *Biological Psychiatry*, 54(3), 200-207. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(03\)00177-X](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(03)00177-X)
- McGregor, D. (1960). *The human side of enterprise*. McGraw-Hill.
- Meijman, T. F., & Mulder, G. (1998). Psychological aspects of workload. In P. J. D. Drenth, H. Thierry, & C. J. de Wolff (Éds.), *Handbook of work and organizational psychology (2nd ed.)*. *Handbook of work and*

- organizational : Work psychology* (p. 5-33). Psychology Press/Erlbaum (UK) Taylor & Francis.
- Meissonnier, M. (2014). *Le bonheur au travail* [Reportage]. ARTE France. https://boutique.arte.tv/detail/bonheur_travail
- Mendes, F., & Stander, M. W. (2011). Positive organisation : The role of leader behaviour in work engagement and retention. *SA Journal of Industrial Psychology*, 37(1). <https://doi.org/10.4102/sajip.v37i1.900>
- Mesmer-Magnus, J. R., & Dechurch, L. A. (2009). Information sharing and team performance : A meta-analysis. *The Journal of Applied Psychology*, 94(2), 535-546. <https://doi.org/10.1037/a0013773>
- Meyer, J. P., & Allen, N. J. (1991). A three-component conceptualization of organizational commitment. *Human Resource Management Review*, 1(1), 61-89. [https://doi.org/10.1016/1053-4822\(91\)90011-Z](https://doi.org/10.1016/1053-4822(91)90011-Z)
- Meyer, J. P., Stanley, D. J., Herscovitch, L., & Topolnytsky, L. (2002). Affective, continuance, and normative commitment to the organization : A meta-analysis of antecedents, correlates, and consequences. *Journal of Vocational Behavior*, 61(1), 20-52. <https://doi.org/10.1006/jvbe.2001.1842>
- Mezzullo, M., Fanelli, F., Fazzini, A., Gambineri, A., Vicennati, V., Di Dalmazi, G., Pelusi, C., Mazza, R., Pagotto, U., & Pasquali, R. (2016). Validation of an LC-MS/MS salivary assay for glucocorticoid status assessment : Evaluation of the diurnal fluctuation of cortisol and cortisone and of their association within and between serum and saliva. *The Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology*, 163, 103-112. <https://doi.org/10.1016/j.jsbmb.2016.04.012>
- Migneault, P., Rousseau, V., & Boudrias, J.-S. (2009). The influence of work climate components on individual's empowerment. *European Review of Applied Psychology*, 59(3), 239-252. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2009.02.001>
- Millsap, R. E. (2012). *Statistical Approaches to Measurement Invariance*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203821961>
- Misra, S., Roberts, P., & Rhodes, M. (2020). Information overload, stress, and emergency managerial thinking. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 51, article 101762. <https://doi.org/10.1016/j.ijdr.2020.101762>
- Misra, S., & Stokols, D. (2012). Psychological and health outcomes of perceived information overload. *Environment and Behavior*, 44(6), 737-759. <https://doi.org/10.1177/0013916511404408>

- Montano, D., Reeske, A., Franke, F., & Hüffmeier, J. (2017). Leadership, followers' mental health and job performance in organizations : A comprehensive meta-analysis from an occupational health perspective. *Journal of Organizational Behavior*, 38(3), 327-350.
<https://doi.org/10.1002/job.2124>
- Moons, W. G., Eisenberger, N. I., & Taylor, S. E. (2010). Anger and fear responses to stress have different biological profiles. *Brain, Behavior, and Immunity*, 24(2), 215-219. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2009.08.009>
- Moors, A., Ellsworth, P. C., Scherer, K. R., & Frijda, N. H. (2013). Appraisal theories of emotion : State of the art and future development. *Emotion Review*, 5(2), 119-124. <https://doi.org/10.1177/1754073912468165>
- Morin, A. J. S., Arens, A. K., & Marsh, H. W. (2016). A bifactor exploratory structural equation modeling framework for the identification of distinct sources of construct-relevant psychometric multidimensionality. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 23(1), 116-139. <https://doi.org/10.1080/10705511.2014.961800>
- Morin, A. J. S., Boudrias, J.-S., Marsh, H. W., McInerney, D. M., Dagenais-Desmarais, V., Madore, I., & Litalien, D. (2017). Complementary Variable- and Person-Centered Approaches to the Dimensionality of Psychometric Constructs : Application to Psychological Wellbeing at Work. *Journal of Business and Psychology*, 32(4), 395-419.
<https://doi.org/10.1007/s10869-016-9448-7>
- Morin, A. J. S., Meyer, J. P., Creusier, J., & Biétry, F. (2016). Multiple-group analysis of similarity in latent profile solutions. *Organizational Research Methods*, 19(2), 231-254. <https://doi.org/10.1177/1094428115621148>
- Motowidlo, S. J., & Kell, H. J. (2012). Job performance. In N. W. Schmitt, S. Highhouse, & I. B. Weiner (Éds.), *Handbook of psychology : Industrial and organizational psychology* (p. 82-103). John Wiley & Sons, Inc.
- Motowidlo, S. J., & Peterson, N. G. (2008). Effects of organizational perspective on implicit trait policies about correctional officers' job performance. *Human Performance*, 21(4), 396-413.
<https://doi.org/10.1080/08959280802347197>
- Munir, F., Nielsen, K., Garde, A. H., Albertsen, K., & Carneiro, I. G. (2012). Mediating the effects of work–life conflict between transformational leadership and health-care workers' job satisfaction and psychological

- wellbeing. *Journal of Nursing Management*, 20(4), 512-521.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01308.x>
- Muthén, L. K., & Muthén, B. (2017). *Mplus user's guide*. Los Angeles: Muthén & Muthén.
- Nagy, M. S. (2002). Using a single-item approach to measure facet job satisfaction. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 75(1), 77-86. <https://doi.org/10.1348/096317902167658>
- Nakagawa, S., & Schielzeth, H. (2013). A general and simple method for obtaining R² from generalized linear mixed-effects models. *Methods in Ecology and Evolution*, 4(2), 133-142. <https://doi.org/10.1111/j.2041-210x.2012.00261.x>
- Namasivayam, K., Guchait, P., & Lei, P. (2014). The influence of leader empowering behaviors and employee psychological empowerment on customer satisfaction. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 26(1), 69-84. <https://doi.org/10.1108/IJCHM-11-2012-0218>
- Nelson, K., & Stewart, G. (2019). Primary care transformation and physician burnout. *Journal of General Internal Medicine*, 34(1), 7-8.
<https://doi.org/10.1007/s11606-018-4722-1>
- Netemeyer, R. G., Boles, J. S., & McMurrian, R. (1996). Development and validation of work-family conflict and family-work conflict scales. *Development and validation of work-family conflict and family-work conflict scales*, 81(4), 400-410. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.81.4.400>
- Neto, M., Carvalho, V. S., Chambel, M. J., Manuel, S., Pereira Miguel, J., & de Fátima Reis, M. (2016). Work-Family Conflict and Employee Well-Being Over Time : The Loss Spiral Effect. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 58(5), 429-435.
<https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000707>
- Ng, T. W. H., Sorensen, K. L., Zhang, Y., & Yim, F. H. K. (2019). Anger, anxiety, depression, and negative affect : Convergent or divergent? *Journal of Vocational Behavior*, 110, 186-202.
<https://doi.org/10.1016/j.jvb.2018.11.014>
- Nicolson, N. A. (2008). Measurement of cortisol. In L. J. Luecken & L. C. Gallo (Éds.), *Handbook of physiological research methods in health psychology*

- (p. 37-74). Sage Publications, Inc.
<https://doi.org/10.4135/9781412976244.n3>
- Niehoff, B. P., & Moorman, R. H. (1993). Justice as a mediator of the relationship between methods of monitoring and organizational citizenship behavior. *Academy of Management Journal*, *36*(3), 527-556.
<https://doi.org/10.5465/256591>
- Nielsen, K., Nielsen, M. B., Ogbonnaya, C., Käsälä, M., Saari, E., & Isaksson, K. (2017). Workplace resources to improve both employee well-being and performance : A systematic review and meta-analysis. *Work & Stress*, *31*(2), 101-120. <https://doi.org/10.1080/02678373.2017.1304463>
- Nielsen, K., & Taris, T. W. (2019). Leading well : Challenges to researching leadership in occupational health psychology – and some ways forward. *Work & Stress*, *33*(2), 107-118.
<https://doi.org/10.1080/02678373.2019.1592263>
- Nixon, A. E., Mazzola, J. J., Bauer, J., Krueger, J. R., & Spector, P. E. (2011). Can work make you sick? A meta-analysis of the relationships between job stressors and physical symptoms. *Work & Stress*, *25*(1), 1-22.
<https://doi.org/10.1080/02678373.2011.569175>
- Nofal, A. M., Nicolaou, N., Symeonidou, N., & Shane, S. (2018). Biology and management : A review, critique, and research agenda. *Journal of Management*, *44*(1), 7-31. <https://doi.org/10.1177/0149206317720723>
- Nohe, C., Meier, L. L., Sonntag, K., & Michel, A. (2015). The chicken or the egg? A meta-analysis of panel studies of the relationship between work-family conflict and strain. *The Journal of Applied Psychology*, *100*(2), 522-536. <https://doi.org/10.1037/a0038012>
- O'Connor, D. B., Thayer, J. F., & Vedhara, K. (2021). Stress and health : A review of psychobiological processes. *Annual Review of Psychology*, *72*(1), 663-688. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-062520-122331>
- Ogden, J. (2012). *Health Psychology : A textbook* (Open University Press).
- Olafsen, A. H., Halvari, H., Forest, J., & Deci, E. L. (2015). Show them the money? The role of pay, managerial need support, and justice in a self-determination theory model of intrinsic work motivation. *Scandinavian Journal of Psychology*, *56*(4), 447-457.
<https://doi.org/10.1111/sjop.12211>

- Organ, D. W. (1997). Organizational citizenship behavior : It's construct clean-up time. *Human Performance*, 10(2), 85-97.
https://doi.org/10.1207/s15327043hup1002_2
- Ouweneel, E., Le Blanc, P. M., Schaufeli, W. B., & van Wijhe, C. I. (2012). Good morning, good day : A diary study on positive emotions, hope, and work engagement. *Human Relations*, 65(9), 1129-1154.
<https://doi.org/10.1177/0018726711429382>
- Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsis, E., & Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic : A systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity*, 88, 901-907.
<https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>
- Pearce, C. L., & Sims, H. P., Jr. (2002). Vertical versus shared leadership as predictors of the effectiveness of change management teams : An examination of aversive, directive, transactional, transformational, and empowering leader behaviors. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 6(2), 172-197. <https://doi.org/10.1037//1089-2699.6.2.172>
- Pearce, C. L., Sims Jr., H. P., Cox, J. F., Ball, G., Schnell, E., Smith, K. A., & Trevino, L. (2003). Transactors, transformers and beyond : A multi-method development of a theoretical typology of leadership. *Journal of Management Development*, 22(4), 273-307.
<https://doi.org/10.1108/02621710310467587>
- 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.
<https://doi.org/10.1016/j.refiri.2015.10.005>
- Petrou, P., Demerouti, E., & Schaufeli, W. B. (2015). Job crafting in changing organizations : Antecedents and implications for exhaustion and performance. *Journal of Occupational Health Psychology*, 20(4), 470-480. <https://doi.org/10.1037/a0039003>
- Porges, S. W. (2001). The polyvagal theory : Phylogenetic substrates of a social nervous system. *International Journal of Psychophysiology*, 42(2), 123-146. [https://doi.org/10.1016/S0167-8760\(01\)00162-3](https://doi.org/10.1016/S0167-8760(01)00162-3)
- Porges, S. W. (2007). The polyvagal perspective. *Biological Psychology*, 74(2), 116-143. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2006.06.009>

- Porges, S. W. (2011). *The polyvagal theory : Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation*. W W Norton & Co.
- Preacher, K. J., Zhang, Z., & Zyphur, M. J. (2011). Alternative methods for assessing mediation in multilevel data : The advantages of multilevel sem. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, *18*(2), 161-182. <https://doi.org/10.1080/10705511.2011.557329>
- Preacher, K. J., Zyphur, M. J., & Zhang, Z. (2010). A general multilevel SEM framework for assessing multilevel mediation. *Psychological Methods*, *15*(3), 209-233. <https://doi.org/10.1037/a0020141>
- Pressman, S. D., Jenkins, B. N., & Moskowitz, J. T. (2019). Positive affect and health : What do we know and where next should we go? *Annual Review of Psychology*, *70*(1), 627-650. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010418-102955>
- Pruessner, J. C., Hellhammer, D. H., & Kirschbaum, C. (1999). Burnout, perceived stress, and cortisol responses to awakening. *Psychosomatic Medicine*, *61*(2), 197-204. <https://doi.org/10.1097/00006842-199903000-00012>
- Pruessner, M., Hellhammer, D. H., Pruessner, J. C., & Lupien, S. J. (2003). Self-reported depressive symptoms and stress levels in healthy young men : Associations with the cortisol response to awakening. *Psychosomatic Medicine*, *65*(1), 92-99. <https://doi.org/10.1097/01.PSY.0000040950.22044.10>
- Rasclé, N., & Irachabal, S. (2001). Médiateurs et modérateurs : Implications théoriques et méthodologiques dans le domaine du stress et de la psychologie de la santé. *Le travail humain*, *64*(2), 97-118. <https://doi.org/10.3917/th.642.0097>
- Reise, S., Moore, T., & Maydeu-Olivares, A. (2011). Target rotations and assessing the impact of model violations on the parameters of unidimensional item response theory models. *Educational and Psychological Measurement*, *71*(4), 684-711. <https://doi.org/10.1177/0013164410378690>
- Rizzo, J. R., House, R. J., & Lirtzman, S. I. (1970). Role conflict and ambiguity in complex organizations. *Administrative Science Quarterly*, *15*(2), 150-163. <https://doi.org/10.2307/2391486>
- Roest, A. M., Martens, E. J., de Jonge, P., & Denollet, J. (2010). Anxiety and risk of incident coronary heart disease : A meta-analysis. *Journal of the*

- American College of Cardiology*, 56(1), 38-46.
<https://doi.org/10.1016/j.jacc.2010.03.034>
- Rosseel, Y. (2010, octobre 27). *Mplus estimators : MLM and MLR*. First Mplus user meeting, Utrecht, Nederland. <https://mplus.sites.uu.nl/first-meeting-of-the-dutch-mplus-users-group-exploring-the-boundaries-of-mplus/>
- Rubin, D. B. (1976). Inference and missing data. *Biometrika*, 63(3), 581-592.
<https://doi.org/10.1093/biomet/63.3.581>
- Russell, J. A. (1979). Affective space is bipolar. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(3), 345-356. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.37.3.345>
- Russell, J. A. (1980). A circumplex model of affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(6), 1161-1178. <https://doi.org/10.1037/h0077714>
- Russell, J. A. (2003). Core affect and the psychological construction of emotion. *Psychological Review*, 110(1), 145-172. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.110.1.145>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American psychologist*, 55(1), 68-78. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.55.1.68>
- Salvagioni, D. A. J., Melanda, F. N., Mesas, A. E., González, A. D., Gabani, F. L., & Andrade, S. M. de. (2017). Physical, psychological and occupational consequences of job burnout : A systematic review of prospective studies. *PloS One*, 12(10), article e0185781.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185781>
- Schafer, J. L., & Olsen, M. K. (1998). Multiple imputation for multivariate missing-data problems : A data analyst's perspective. *Multivariate Behavioral Research*, 33(4), 545-571.
https://doi.org/10.1207/s15327906mbr3304_5
- Schaufeli, W., & van Rhenen, W. (2006). About the role of positive and negative emotions in managers' wellbeing : A study using the Job-related Affective Well-being Scale (JAWS). *Gedrag en Organisatie*, 19(4), 323-344.
- Schieman, S., Glavin, P., & Milkie, M. A. (2009). When work interferes with life : Work-nonwork interference and the influence of work-related demands and resources. *American Sociological Review*, 74(6), 966-988.
<https://doi.org/10.1177/000312240907400606>

- Schmitt, N., & Kuljanin, G. (2008). Measurement invariance : Review of practice and implications. *Human Resource Management Review*, 18(4), 210-222. <https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2008.03.003>
- Schneider, J. K., Dowling, M., & Raghuram, S. (2007). Empowerment as a success factor in start-up companies. *Review of Managerial Science*, 1(2), 167-184. <https://doi.org/10.1007/s11846-007-0001-y>
- Schriesheim, C. A., Castro, S. L., & Cogliser, C. C. (1999). Leader-member exchange (LMX) research : A comprehensive review of theory, measurement, and data-analytic practices. *The Leadership Quarterly*, 10(1), 63-113. [https://doi.org/10.1016/S1048-9843\(99\)80009-5](https://doi.org/10.1016/S1048-9843(99)80009-5)
- Schutte, N., Toppinen, S., Kalimo, R., & Schaufeli, W. (2000). The factorial validity of the Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS) across occupational groups and nations. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 73(1), 53-66. <https://doi.org/10.1348/096317900166877>
- Seibert, S. E., Wang, G., & Courtright, S. H. (2011). Antecedents and consequences of psychological and team empowerment in organizations : A meta-analytic review. *Journal of Applied Psychology*, 96(5), 981-1003. <https://doi.org/10.1037/a0022676>
- Seidler, A., Thinschmidt, M., Deckert, S., Then, F., Hegewald, J., Nieuwenhuijsen, K., & Riedel-Heller, S. G. (2014). The role of psychosocial working conditions on burnout and its core component emotional exhaustion – a systematic review. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 9(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/1745-6673-9-10>
- Selye, H. (1973). The evolution of the stress concept. *American Scientist*, 61(6), 692-699.
- Sens Collectif. (2021). *Sens collectif accompagne les transformations authentiques*. Sens Collectif. <https://www.senscollectif.fr/>
- Shaffer, M. A., Joplin, J. R. W., & Hsu, Y.-S. (2011). Expanding the boundaries of work—family research : A review and agenda for future research. *International Journal of Cross Cultural Management*, 11(2), 221-268. <https://doi.org/10.1177/1470595811398800>
- Sharma, P. N., & Kirkman, B. L. (2015). Leveraging leaders : A literature review and future lines of inquiry for empowering leadership research.

- Group & Organization Management*, 40(2), 193-237.
<https://doi.org/10.1177/1059601115574906>
- Sinclair, R., Boudrias, J.-S., & Lapointe, É. (2014). Les différentes pratiques managériales d'habilitation comme antécédents des dimensions comportementales de l'habilitation. In J. Vacherand-Revel, M. Dubois, M. E. Bobillier Chaumon, R. Kouabenan, & P. Sarnin (Éds.), *Changements organisationnels et technologiques : Nouvelles pratiques de travail et innovations managériales* (p. 169-179). L'Harmattan.
- Singmann, H., & David, K. (2018). An introduction to mixed models for experimental psychology. In D. H. Spieler & E. Schumacher (Éds.), *New methods in neuroscience and cognitive psychology* (p. 4-31). Psychology Press.
- Skrondal, A., & Laake, P. (2001). Regression among factor scores. *Psychometrika*, 66(4), 563-575. <https://doi.org/10.1007/BF02296196>
- Slavich, G. M. (2020). Psychoneuroimmunology of stress and mental health. In K. Harkness & E. P. Hayden (Éds.), *The Oxford handbook of stress and mental health* (p. 519-546). Oxford University Press.
- Sonnentag, S., & Binnewies, C. (2013). Daily affect spillover from work to home : Detachment from work and sleep as moderators. *Journal of Vocational Behavior*, 83(2), 198-208.
<https://doi.org/10.1016/j.jvb.2013.03.008>
- Spector, P. E. (1997). *Job satisfaction : Application, assessment, causes, and consequences*. Sage Publications, Inc.
- Spector, P. E. (2006). Method variance in organizational research : Truth or urban legend? *Organizational Research Methods*, 9(2), 221-232.
<https://doi.org/10.1177/1094428105284955>
- Spreitzer, G. M. (1995a). Psychological empowerment in the workplace : Dimensions, measurement, and validation. *Academy of Management Journal*, 38(5), 1442-1465. <https://doi.org/10.2307/256865>
- Spreitzer, G. M. (1995b). An empirical test of a comprehensive model of intrapersonal empowerment in the workplace. *American Journal of Community Psychology*, 23(5), 601-629.
<https://doi.org/10.1007/BF02506984>
- Spreitzer, Gretchen M., & Doneson, D. (2005). Musings on the past and future of employee empowerment. In T. G. Cummings (Éd.), *Handbook of organization development* (Vol. 4, p. 5-10). Sage Publications, Inc.

- Spreitzer, Gretchen M., Kizilos, M. A., & Nason, S. W. (1997). A dimensional analysis of the relationship between psychological empowerment and effectiveness satisfaction, and strain. *Journal of Management*, 23(5), 679-704. <https://doi.org/10.1177/014920639702300504>
- Staw, B. M., Sandelands, L. E., & Dutton, J. E. (1981). Threat-rigidity effects in organizational behavior : A multilevel analysis. *Administrative Science Quarterly*, 26(4), 501-524. <https://doi.org/10.2307/2392337>
- Suls, J., & Bunde, J. (2005). Anger, anxiety, and depression as risk factors for cardiovascular disease : The problems and implications of overlapping affective dispositions. *Psychological Bulletin*, 131(2), 260-300. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.2.260>
- Syntec Conseil en Management. (2020). *L'étude de marché 2019 sur le Conseil en stratégie et management est disponible !* Syntec Conseil. <https://syntec-conseil.fr/actualites/letude-de-marche-2019-sur-le-conseil-en-strategie-et-management-est-disponible/>
- Taasoobshirazi, G., & Wang, S. (2016). The performance of the SRMR, RMSEA, CFI, and TLI: an examination of sample size, path size, and degrees of freedom. *Journal of Applied Quantitative Methods*, 11(3), 31-39.
- Tadić, M., Bakker, A. B., & Oerlemans, W. G. M. (2015). Challenge versus hindrance job demands and well-being : A diary study on the moderating role of job resources. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 88(4), 702-725. <https://doi.org/10.1111/joop.12094>
- Takai, N., Yamaguchi, M., Aragaki, T., Eto, K., Uchihashi, K., & Nishikawa, Y. (2004). Effect of psychological stress on the salivary cortisol and amylase levels in healthy young adults. *Archives of Oral Biology*, 49(12), 963-968. <https://doi.org/10.1016/j.archoralbio.2004.06.007>
- Tavani, J. L., Botella, M., & Collange, J. (2014). Quelle validité pour une mesure de la satisfaction au travail en un seul item ? *Pratiques Psychologiques*, 20(2), 125-142. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2014.03.001>
- Tavani, J. L., Lo Monaco, G., Rambaud, S., & Collange, J. (2017). État des lieux des mesures de la satisfaction au travail en français : Propositions et perspectives. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 78(1), 76-85. <https://doi.org/10.1016/j.admp.2015.11.005>

- ten Brummelhuis, L. L., & Bakker, A. B. (2012). A resource perspective on the work-home interface : The work-home resources model. *The American Psychologist*, 67(7), 545-556. <https://doi.org/10.1037/a0027974>
- Tett, R. P., & Meyer, J. P. (1993). Job satisfaction, organizational commitment, turnover intention, and turnover : Path analyses based on meta-analytic findings. *Personnel Psychology*, 46(2), 259-293. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1993.tb00874.x>
- Thau, L., Gandhi, J., & Sharma, S. (2020). *Physiology, Cortisol*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538239/>
- Thayer, J. F., & Lane, R. D. (2000). A model of neurovisceral integration in emotion regulation and dysregulation. *Journal of Affective Disorders*, 61(3), 201-216. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(00\)00338-4](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(00)00338-4)
- 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. <https://doi.org/10.5465/amr.1990.4310926>
- Thorndike, E. L., & Woodworth, R. S. (1901). The influence of improvement in one mental function upon the efficiency of other functions. II. The estimation of magnitudes. *Psychological Review*, 8(4), 384-395. <https://doi.org/10.1037/h0071280>
- Thun, S., & Bakker, A. B. (2018). Empowering leadership and job crafting : The role of employee optimism. *Stress and Health*, 34(4), 573-581. <https://doi.org/10.1002/smi.2818>
- Tims, M., Bakker, A., & Derks, D. (2014). Daily job crafting and the self-efficacy – performance relationship. *Journal of Managerial Psychology*, 29(5), 490-507. <https://doi.org/10.1108/JMP-05-2012-0148>
- Tims, M., Bakker, A. B., Derks, D., & van Rhenen, W. (2013). Job crafting at the team and individual level : Implications for work engagement and performance. *Group & Organization Management*, 38(4), 427-454. <https://doi.org/10.1177/1059601113492421>
- Toker, S., Melamed, S., Berliner, S., Zeltser, D., & Shapira, I. (2012). Burnout and risk of coronary heart disease : A prospective study of 8838 employees. *Psychosomatic Medicine*, 74(8), 840-847. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31826c3174>
- Tóth-Király, I., Morin, A. J. S., Bőthe, B., Orosz, G., & Rigó, A. (2018). Investigating the multidimensionality of need fulfillment : A bifactor

- exploratory structural equation modeling representation. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 25(2), 267-286.
<https://doi.org/10.1080/10705511.2017.1374867>
- Tripathi, N., & Bharadwaja, M. (2020). Empowering leadership and psychological health : The mediating role of psychological empowerment. *Employee Responsibilities and Rights Journal*, 32(3), 97-121.
<https://doi.org/10.1007/s10672-020-09349-9>
- Tripodi, D., Bourrut-Lacouture, M., Janssen, F., Longuenesse, C., Loyer, guyonne, & Nael, V. (2014). *Service de Santé au Travail : Rapport d'Activité 2014*. CHU de Nantes.
- Tripodi, D., Longuenesse, C., Nael, V., & Gregoire, S. (2016). *Service de Santé au Travail : Rapport d'Activité 2016*. CHU de Nantes.
- Uhl-Bien, M., Riggio, R. E., Lowe, K. B., & Carsten, M. K. (2014). Followership theory : A review and research agenda. *The Leadership Quarterly*, 25(1), 83-104. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2013.11.007>
- Vallerand, R. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques : Implications pour la recherche en langue française. *Canadian Psychology*, 30(4), 662-680.
<https://doi.org/10.1037/h0079856>
- Van den Brande, W., Baillien, E., De Witte, H., Vander Elst, T., & Godderis, L. (2016). The role of work stressors, coping strategies and coping resources in the process of workplace bullying : A systematic review and development of a comprehensive model. *Aggression and Violent Behavior*, 29, 61-71. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2016.06.004>
- van Dierendonck, D., & Dijkstra, M. (2012). The role of the follower in the relationship between empowering leadership and empowerment : A longitudinal investigation: Empowering leadership and motivation. *Journal of Applied Social Psychology*, 42, E1-E20.
<https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2012.01022.x>
- van Dierendonck, D., & Nuijten, I. (2011). The servant leadership survey : Development and validation of a multidimensional measure. *Journal of Business and Psychology*, 26(3), 249-267.
<https://doi.org/10.1007/s10869-010-9194-1>
- van Eck, M., Berkhof, H., Nicolson, N., & Sulon, J. (1996). The effects of perceived stress, traits, mood states, and stressful daily events on salivary cortisol. *Psychosomatic Medicine*, 58(5), 447-458.
<https://doi.org/10.1097/00006842-199609000-00007>

- Van Katwyk, P. T., Fox, S., Spector, P. E., & Kelloway, E. K. (2000). Using the Job-Related Affective Well-Being Scale (JAWS) to investigate affective responses to work stressors. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5(2), 219-230. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.5.2.219>
- Vandekerckhove, J., Matzke, D., & Wagenmakers, E.-J. (2015). Model comparison and the principle of parsimony. In J. R. Busemeyer, Z. Wang, J. T. Townsend, & A. Eidels (Éds.), *Oxford library of psychology. The Oxford handbook of computational and mathematical psychology* (p. 300-319). Oxford University Press.
- Véran, O. (2013). *Hôpital cherche médecins, coûte que coûte. Essor et dérive du marché de l'emploi médical temporaire à l'hôpital public* (p. 8-10). Assemblée nationale, France.
- Vining, R. F., McGinley, R. A., Maksvytis, J. J., & Ho, K. Y. (1983). Salivary cortisol : A better measure of adrenal cortical function than serum cortisol. *Annals of Clinical Biochemistry*, 20(6), 329-335. <https://doi.org/10.1177/000456328302000601>
- Viswesvaran, C., & Ones, D. S. (2000). Perspectives on models of job performance. *International Journal of Selection and Assessment*, 8(4), 216-226. <https://doi.org/10.1111/1468-2389.00151>
- Viswesvaran, C., Schmidt, F. L., & Ones, D. S. (2005). Is there a general factor in ratings of job performance? A meta-analytic framework for disentangling substantive and error influences. *The Journal of Applied Psychology*, 90(1), 108-131. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.90.1.108>
- Wagena, E., & Geurts, S. (2000). SWING. Ontwikkeling en validering van de « Survey Werk-thuis Interferentie—Nijmegen. » [Development and validation of the « Nijmegen Work–Home Interference Survey. »]. *Gedrag & Gezondheid: Tijdschrift voor Psychologie en Gezondheid*, 28(3), 138-158.
- Walumbwa, F. O., Avolio, B. J., Gardner, W. L., Wernsing, T. S., & Peterson, S. J. (2008). Authentic leadership : Development and validation of a theory-based measure. *Journal of Management*, 34(1), 89-126. <https://doi.org/10.1177/0149206307308913>
- Ward, M., MacRae, H., Schlachta, C., Mamazza, J., Poulin, E., Reznick, R., & Regehr, G. (2003). Resident self-assessment of operative performance. *The American Journal of Surgery*, 185(6), 521-524. [https://doi.org/10.1016/S0002-9610\(03\)00069-2](https://doi.org/10.1016/S0002-9610(03)00069-2)

- Warr, P. (1990). The measurement of well-being and other aspects of mental health. *Journal of Occupational Psychology*, 63(3), 193-210.
<https://doi.org/10.1111/j.2044-8325.1990.tb00521.x>
- Warr, P. (2013). How to think about and measure psychological well-being. In R. R. Sinclair, M. Wang, & L. E. Tetrick (Éds.), *Research methods in occupational health psychology : Measurement, design, and data analysis* (p. 76-90). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Webster, J. R., & Adams, G. A. (2020). The differential role of job demands in relation to nonwork domain outcomes based on the challenge-hindrance framework. *Work & Stress*, 34(1), 5-33.
<https://doi.org/10.1080/02678373.2019.1662855>
- Wekenborg, M. K., von Dawans, B., Hill, L. K., Thayer, J. F., Penz, M., & Kirschbaum, C. (2019). Examining reactivity patterns in burnout and other indicators of chronic stress. *Psychoneuroendocrinology*, 106, 195-205. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2019.04.002>
- Wong, S. I., & Giessner, S. R. (2018). The thin line between empowering and laissez-faire leadership : An expectancy-match perspective. *Journal of Management*, 44(2), 757-783.
<https://doi.org/10.1177/0149206315574597>
- Woo, T., Ho, R., Tang, A., & Tam, W. (2020). Global prevalence of burnout symptoms among nurses : A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 123, 9-20.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.12.015>
- Xanthopoulou, D., Bakker, A. B., Demerouti, E., & Schaufeli, W. B. (2012). A diary study on the happy worker : How job resources relate to positive emotions and personal resources. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 21(4), 489-517.
<https://doi.org/10.1080/1359432X.2011.584386>
- Xia, Y., & Yang, Y. (2019). RMSEA, CFI, and TLI in structural equation modeling with ordered categorical data : The story they tell depends on the estimation methods. *Behavior Research Methods*, 51(1), 409-428.
<https://doi.org/10.3758/s13428-018-1055-2>
- Yelon, S. L., & Ford, J. K. (1999). Pursuing a multidimensional view of transfer. *Performance Improvement Quarterly*, 12(3), 58-78.
<https://doi.org/10.1111/j.1937-8327.1999.tb00138.x>

- Yelon, S., Sheppard, L., Sleight, D., & Ford, J. K. (2004). Intention to transfer : How do autonomous professionals become motivated to use new ideas? *Performance Improvement Quarterly*, *17*(2), 82-103.
<https://doi.org/10.1111/j.1937-8327.2004.tb00309.x>
- Yu, C.-Y. (2002). *Evaluating cutoff criteria of model fit indices for latent variable models with binary and continuous outcomes*. CA: University of California.
- Zhang, & Bartol. (2010). Linking empowering leadership and employee creativity : The influence of psychological empowerment, intrinsic motivation, and creative process engagement. *Academy of Management Journal*, *53*(1), 107-128. <https://doi.org/10.5465/amj.2010.48037118>
- Zhang, Y., Jing, R., & Fu, W. (2008). Do ownership and culture matter to joint venture success? *Journal of Comparative International Management*, *11*(1).
- Zhang, Zhen, Zyphur, M. J., & Preacher, K. J. (2009). Testing multilevel mediation using hierarchical linear models : Problems and solutions. *Organizational Research Methods*, *12*(4), 695-719.
<https://doi.org/10.1177/1094428108327450>
- Zhang, Zhiyong, Wang, L., & Tong, X. (2015). Mediation analysis with missing data through multiple imputation and bootstrap. In L. A. van der Ark, D. M. Bolt, W.-C. Wang, J. A. Douglas, & S.-M. Chow (Éds.), *Quantitative Psychology Research* (p. 341-355). Springer International Publishing.
https://doi.org/10.1007/978-3-319-19977-1_24
- Zhang, Zhongheng. (2016). Multiple imputation with multivariate imputation by chained equation (MICE) package. *Annals of Translational Medicine*, *4*(2). <https://doi.org/10.3978/j.issn.2305-5839.2015.12.63>
- Zins, M., Goldberg, M., & Berkman, L. (2016). La cohorte CONSTANCES : une infrastructure pour la recherche et la santé publique. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 35-36.
- Zobrist, J. (2020). *L'entreprise libérée par le petit patron naïf et paresseux*. Recherche Midi.

Résumé

Le leadership habilitant (LH) connaît un intérêt croissant dans les organisations. Pourtant, ses effets sur la santé sont peu étudiés. En outre, certains travaux montrent que le LH peut avoir des effets positifs et négatifs, selon que les conduites habilitantes soient mises en œuvre de manière combinée ou isolée. En s'appuyant sur une approche bifactorielle, ce travail étudie l'effet des facteurs globaux et spécifiques du LH sur la santé. Trois études sont présentées : (1) une étude transversale sur l'effet du LH sur la santé psychologique, (2) une étude transversale sur l'effet du LH sur la santé biologique, et (3) une étude expérimentale sur l'effet du LH sur l'évolution de la santé psychologique au cours d'une année. L'ensemble des conduites de LH montre systématiquement un effet positif sur la santé, tant au plan psychologique que biologique. Néanmoins, nos analyses révèlent que la mise en œuvre de certaines conduites de LH peut augmenter le stress perçu et l'épuisement émotionnel, en particulier l'incitation à l'autonomisation. Nos résultats invitent à considérer la promotion du LH dans les organisations comme de véritables campagnes de prévention dans le champ de la santé au travail.

Mots-clés : Leadership habilitant, santé psychologique, santé biologique, cortisol salivaire, modèle bifactoriel, analyse multi-niveaux, étude expérimentale, étude interventionnelle contrôlée, conseil en management

Abstract

Empowering leadership (EL) is becoming more and more popular within organizations. Yet, its effects on health are not very well known. Moreover, some studies suggest EL can have negative effects, depending on whether all the empowering behaviors are implemented in combination or in isolation. Using bifactorial approach, this research investigates the effect of global and EL-specific factors on health. Three studies are presented: (1) a cross-sectional study of the effect of EL on psychological health, (2) a cross-sectional study of the effect of EL on biological health, and (3) an experimental study of the effect of EL on changes in psychological health over one year. The combination of all EL behaviors consistently shows a positive effect on health, both psychological and biological. However, our analyses reveal that implementation of certain EL behaviors can increase perceived stress and emotional exhaustion, particularly the empowerment incentives. Our results invite us to consider the promotion of EL in organizations as true prevention campaigns in the field of occupational health.

Keywords: Empowering leadership, psychological health, biological health, salivary cortisol, bifactorial analysis, multilevel analysis, randomized controlled trial, experimental study, management consulting