



HAL
open science

Etre ou ne pas être médecin-gestionnaire? : étude de la transition vers le rôle de responsable de pôle dans les hôpitaux publics français

Franck Burellier

► To cite this version:

Franck Burellier. Etre ou ne pas être médecin-gestionnaire?: étude de la transition vers le rôle de responsable de pôle dans les hôpitaux publics français. Gestion et management. Université de Grenoble, 2011. Français. NNT: 2011GRENG013 . tel-00754966

HAL Id: tel-00754966

<https://theses.hal.science/tel-00754966>

Submitted on 20 Nov 2012

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

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

Résumé :

Comment un médecin peut-il devenir médecin-gestionnaire ? Un médecin peut-il même simplement devenir médecin-gestionnaire ? Cette thèse a pour vocation de mieux comprendre le phénomène de transition vers un rôle de médecin-gestionnaire, phénomène jugé difficile autant en pratique qu'en théorie. Celui-ci tend à se développer avec l'introduction de la gestion de la performance dans les organisations publiques européennes. Cette recherche prend comme illustration le rôle de responsable de pôle, nouveau rôle mêlant responsabilités médicales et gestionnaires, instauré au sein des hôpitaux publics français. Cette thèse s'articule autour de trois études menées de manière progressive. Une première étude envisage la transition de manière globale, en s'attachant à l'analyse des ajustements entre le médecin et son nouveau rôle. Elle est menée à partir d'une étude de cas et d'entretiens auprès de deux établissements de santé (un Centre Hospitalier Universitaire et un Centre Hospitalier) et de leurs 22 responsables de pôle. Elle met en avant l'importance de la dimension individuelle dans la transition analysée. Une deuxième étude se focalise sur l'influence de l'identification au rôle de médecin-gestionnaire sur la transition. Elle est menée à partir d'une étude de cas et d'entretiens auprès de 4 responsables de pôle d'un CHU et de leurs principaux collègues. Elle soulève l'effet de customisation de la posture d'identification au rôle sur la tenue de ce dernier. Une troisième étude s'oriente finalement sur le travail identitaire des médecins dans la tenue de leur rôle de médecin-gestionnaire. Elle est également menée à partir d'une étude de cas auprès des 4 mêmes responsables de pôle, mais au travers d'observations directes de leur comportement en réunion. Elle fait émerger l'importance de l'utilisation de l'identité en action pour tenir un rôle de médecin-gestionnaire. La thèse que nous défendons est que la transition vers un rôle de médecin-gestionnaire peut s'effectuer à partir d'ajustements et avec des postures d'identification variées, du moment que l'identité du médecin est retravaillée dans l'action. Nous conseillons aux établissements de santé de privilégier des dispositifs d'accompagnement personnalisés sur le terrain afin d'aider les médecins à comprendre la logique de leur rôle.

Mots-clés :

Transitions de rôle - Rôles de médecin-gestionnaire - Identification à un rôle - Travail identitaire - Hôpital

Abstract:

How can a doctor become a doctor-manager? Can a doctor even become a doctor-manager? This dissertation aims at better understanding the phenomenon of transition from a regular doctor role to a doctor-manager role, a transition that is experienced as difficult in practice and theory. This phenomenon tends to be developed with the spread of performance management within European public organizations. This research draws upon the example of the clinical director role, a new role in French public hospitals that is mixing both medical and managerial responsibilities. This dissertation is based on three progressive studies. A first study examines this transition with a global view by analyzing the adjustments between a doctor and his/her new role. It is carried out through a case study within two health care organizations (a teaching hospital and a hospital) and through interviews with their 22 clinical directors. This study shows the importance of the individual dimension for the transition to succeed. A second study focuses on the influence of role identification on the way a doctor-manager role is enacted. A case study and interviews with 4 clinical directors and their main colleagues within a teaching hospital are used to reach this goal. This study reveals the customization effect of identification on a doctor-manager role. A third and last study deeply focuses on the identity work of doctors in their enactment of a doctor-manager role. We address this issue by using a case study with the same 4 clinical directors, but through direct observations of their behavior during meetings. This study shows the importance of activating of identity into the context to enact a doctor-manager role. Finally, our main argument in this dissertation is that a transition to a doctor-manager role can be lead through various adjustments and identification situations, as long as identity is reworked during role enactment. We suggest to hospital directors to give priority to the use of field management tools oriented on personalization, in order to help doctors understand the logic of their roles.

Key words:

Role transitions - Doctor-manager roles - Role identification - Identity work - Hospitals

2011

ÊTRE OU NE PAS ÊTRE MEDECIN-GESTIONNAIRE?
Etude de la transition vers le rôle de responsable de pôle au sein des hôpitaux publics français

Franck BURELLIER

UNIVERSITÉ DE GRENOBLE

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE GRENOBLE

Spécialité : **Sciences de Gestion**

Arrêté ministériel : 7 août 2006

Présentée par

Franck BURELLIER

Thèse dirigée par **Annick VALETTE**

préparée au sein du **Centre d'Etudes et de Recherches Appliquées à la Gestion (CERAG)**

dans l'**École Doctorale de Sciences de Gestion de Grenoble - ED 275**

ÊTRE OU NE PAS ÊTRE MEDECIN-GESTIONNAIRE ?

**Etude de la transition vers le rôle de responsable
de pôle au sein des hôpitaux publics français**

Thèse soutenue publiquement le **1^{er} Décembre 2011**,
devant le jury composé de :

Madame Annick VALETTE

Maitre de Conférence HDR, Université de Grenoble, Directrice de thèse

Monsieur Christophe BARET

Professeur, Université de la Méditerranée (Aix-Marseille), Rapporteur

Madame Véronique PERRET

Professeure, Université Paris Dauphine, Rapporteuse

Monsieur Christian DEFELIX

Professeur, Université de Grenoble, Examinateur

Madame Frédérique PIGEYRE

Professeure, Université Paris-Est, Examinatrice, Présidente du jury



L'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse. Celles-ci doivent être considérées comme propres à leur auteur.

A mes grands-parents Colette et Louis,

A ma tante Simone,

A mon amie Hyane...

REMERCIEMENTS

Un travail de thèse est un travail très impliquant personnellement. Le mien n'a pas fait exception. C'est pourquoi il a aussi impliqué de nombreux soutiens. Je souhaite exprimer ma reconnaissance à tous ceux qui m'ont soutenu au cours de ce travail. Aussi, je tiens avant tout à remercier Annick Valette, ma directrice de thèse, qui, pendant plus de quatre ans, m'a encadré, rassuré, encouragé, stimulé, fait rire, critiqué... Bref, je ne saurais pas vraiment dire ce qu'est ou doit être un directeur de thèse, mais je crois qu'elle a transformé ce rôle pour l'adapter à moi. Je l'en remercie infiniment. Dans mon questionnaire « continuer ou non l'enseignement et la recherche ? », elle fait évidemment pencher la balance... J'espère que ces quatre années n'ont été que le début d'une belle collaboration. Merci pour tout Annick.

Je tiens aussi à remercier les Professeurs Christophe Baret et Véronique Perret pour avoir accepté d'assumer le rôle de rapporteur de cette thèse. Je remercie également les Professeurs Christian Defélix et Frédérique Pigeyre pour avoir accepté d'évaluer mon travail de thèse en tant que suffragants. Je suis honoré d'accueillir dans mon jury des évaluateurs aux profils et domaines de compétences si différents. C'était un souhait profond pour moi. Je les en remercie tous.

Mes remerciements vont également à l'ensemble des acteurs du terrain que j'ai rencontré, interrogé et observé au sein du CHU et du CH dans lesquelles mes investigations ont été menées. Ils ont directement contribué à cette thèse. J'adresse des remerciements tous particuliers à Dominique Capron qui a consacré beaucoup de son temps pour discuter du CHU avec moi. Je remercie aussi Pierre-Simon Jouk, Claude Jacquot, Thierry Bougerol, et Dominique Saragaglia, ainsi que leurs équipes pour le précieux temps qu'ils m'ont accordé dans le cadre de cette recherche. J'espère pouvoir continuer à travailler avec eux.

Je remercie aussi les membres du CERAG et de l'EDSG pour le cadre de travail serein et convivial auxquels ils contribuent chaque jour, et particulièrement : Bernard « The Man » Augier, Sarah Setton, Bénédicte Branchet, Brigitte Bois, Florence Alberti, Marie-Christine Ulrich, Charles Piot, et Pascal Dumontier. Chacun d'eux façonne les conditions de travail de ce centre de recherche. Je les remercie d'avoir pu en bénéficier.

Je remercie également les membres de l'axe RH du CERAG, notamment pour les ateliers auxquels ils contribuent. Je remercie et pense à Didier Retour, qui en tant que membre de l'équipe RH et directeur du CIES a toujours été de très bons conseils pour moi. Je remercie aussi Christian Defélix pour sa confiance initiale en tant que responsable du Master 2 Recherche en Organisation et pour ses conseils en tant que tuteur durant mes trois années de monitorat à l'IAE de Grenoble. Je remercie les autres membres de l'atelier, et notamment Jean-Yves Juban pour ses nombreuses recommandations. Evidemment, je remercie Rodolphe Colle pour ses conseils et son amitié (et les parties de tennis légendaires !).

Je remercie aussi les membres de l'équipe MCOI de Grenoble, et particulièrement Vincent Mangematin et Thomas Reverdy, pour leur accueil dans leurs séminaires très stimulants. Mon travail de thèse ne serait pas du tout le même si je n'avais pas eu droit à leurs nombreux conseils. Merci infiniment. J'espère revenir prochainement...

Je remercie bien sûr mes collègues et amis doctorants à Grenoble, avec qui j'ai eu le plaisir de faire ma thèse (et d'aller au RU...), et sans qui les derniers mois de rédaction auraient été un enfer (enfin, encore plus...) : Ingrid Mazzilli (et ses vaches), Laure Daudin (et ses abeilles),

Ali « DSK » Abyaneh (et ses calamars), Chloé Guerbette (et ses entrées fracassantes), Lucian Stanciu (et ses gestes fracassants !), Jessica « Mworf » Gérard, (et ses vanes ?!), Cyrielle Vellera (et ses « big problems »), Eline Jongmans (et ses jeux de société), Aura Parmentier (et ses pauses café dans notre bureau !), Laura Sabbado Da Rosa (et son *human centipede*), Omar Meharzi (et son fameux *Assassin's Creed*), Tima Baalbaki (et nos M&M's !), Amélie Boutinot (et les cafés à 8h... ou presque), Meyer Haggège (et ses bibles méthodologiques), mais aussi Chamsa Fendri, Laurie Balbo, Ludivine Calamel, Adrian Casaonic, et bien sûr Jean-Denis Culié ! Je n'oublie évidemment pas mes « anciennes » collègues de bureau : Cindy Caldara, Marie-Hélène Bihl, et Ishraf Zaoui, pour nos longues discussions entrecoupées de travail (je plaisante...). Je remercie aussi tous les doctorants qui étaient là mais un peu plus loin. Je remercie également l'équipe EUROFIDAI pour les discussions et autres bons moments passés ensemble : Abdoul Cissé, Hélène Honoré, Maxime Maerten, Lionel Baeza, et François Bouhet. Enfin, je remercie particulièrement Hyane Trigueiro, Imad « Imadich » Nakoul, et Aurélien Faravelon, pour les très bons moments passés au Tacos de Lyon et nos sorties ciné. Hyane, je ne t'oublierai pas.

Je souhaite également remercier mes collègues de l'IAE de Lyon, notamment l'équipe OREM pour m'avoir intégré à leur collectif en tant qu'ATER. Je remercie particulièrement Alain Roger pour m'avoir intégré dans les ateliers du groupe, ainsi que Christophe Everaere et Christophe Baret, pour leurs nombreuses aides pour l'enseignement. Je remercie évidemment mes amis et collègues, Jacques « Jacquot » Belbenoit Avich, Olivier « l'Olive » Lelorieux, Yeza « Madame » Nagaz, et Jocelyne « Joce » Yalenios, ainsi que les autres doctorants du Centre Magellan pour les bons moments passés ensemble, que ce soit lors de la préparation des cours, au travers des mails paniqués du weekend ou des mails d'encouragement, ou simplement dans nos discussions autour de succulents cafés/capuccinos !

J'adresse un remerciement spécial à mes relectrices : ma maman et ma sœur, ainsi que mes amies, Laure (« mention spéciale épistémologie ! »), Jessica (tu l'auras ma troisième partie...), Cyrielle, Ingrid et Cindy. Leur aide a été précieuse pour éviter les dernières coquilles et lourdeurs, et me glisser quelques messages personnels. Heureusement que vous étiez là...

Je remercie également Carole, Julien, Aurélien et Dimitris pour les bons moments passés à (essayer de) jouer au tennis et discuter en même temps. A certains moments, il s'agissait de mes uniques instants de détente. Merci !

Je remercie bien sûr mes amis de Roanne, Guillaume, Pierre, Eric, Fred, Olivier, Jérémie, Vincent, et Jérémy, que je n'ai pas vu très souvent ces derniers temps mais qui étaient toujours là par téléphone, sms, mails, ou facebook... Leur amitié a beaucoup compté pendant ces quatre ans (et même avant !). J'ai hâte de pouvoir fêter la fin de thèse avec vous !

Finalement, et surtout, je remercie mes parents, Raymond et Jacqueline, pour m'avoir permis de réaliser cette thèse, car c'est évidemment grâce à eux que j'ai pu concrétiser ce travail. Je les remercie pour tout, leur soutien et tous les moments réconfortants passés avec eux, à Riorges ou au téléphone. Je ne sais pas comment je pourrais les en remercier. Merci infiniment à vous deux. Je remercie aussi ma sœur, Rachel (Pika), et mon « beauf », Séb (Robert), pour leur gentillesse, et les lettres, coups de fil et sms réconfortants. Difficile d'imaginer comment cette thèse aurait pu se finir sans leur aide pendant cette 4^{ème} année de thèse notamment... merci pour les fameuses soirées (repas & co) et nuits du lundi (voire mardi (voire pleins d'autres jours en fait)) de la fin 2010. Merci pour tout. J'ai aussi une pensée pour mes grands-parents Maria Colette et Maurice Louis Sotton, ainsi que ma tante Simone Muguet, qui me manquent et dont j'aurais aimé la présence en cette fin de thèse. Eux aussi m'ont énormément apporté. Je leur dédie ce travail.

SOMMAIRE

| | |
|---|------------|
| INTRODUCTION GENERALE | 1 |
| 0.1. NOTRE PROJET DE RECHERCHE : L'ETUDE DE LA TRANSITION VERS UN ROLE DE PROFESSIONNEL-GESTIONNAIRE | 4 |
| 0.2. LE CANEVAS DE NOTRE RECHERCHE : UNE RECHERCHE QUALITATIVE SUR LES TRANSITIONS DE ROLE DANS LE PECP | 11 |
| | |
| PARTIE I. UNE ETUDE GLOBALE DE LA TRANSITION VERS UN ROLE DE MEDECIN-GESTIONNAIRE | 27 |
| CHAPITRE 1. LA TRANSITION VERS UN ROLE DE MEDECIN-GESTIONNAIRE : UN DEFI ?..... | 30 |
| CHAPITRE 2. UNE ETUDE EXHAUSTIVE DES TRANSITIONS VERS LE ROLE DE RESPONSABLE DE POLE AU SEIN DE DEUX HOPITAUX | 47 |
| CHAPITRE 3. LA TRANSITION VERS UN ROLE DE MEDECIN-GESTIONNAIRE : UN DEFI SURMONTABLE MAIS ALEATOIRE..... | 71 |
| | |
| PARTIE II. UNE ETUDE DE LA TRANSITION PAR L'IDENTIFICATION AU ROLE DE MEDECIN-GESTIONNAIRE..... | 115 |
| CHAPITRE 4. L'IDENTIFICATION A UN ROLE : UN IMPERATIF POUR LA TENUE FAVORABLE DU ROLE ?..... | 118 |
| CHAPITRE 5. UNE ETUDE CIBLEE DE L'IDENTIFICATION AU ROLE DE RESPONSABLE DE POLE AU SEIN D'UN CHU..... | 131 |
| CHAPITRE 6. L'IDENTIFICATION A UN ROLE : UN MODERATEUR POUR LA TENUE FAVORABLE DU ROLE..... | 155 |
| | |
| PARTIE III. UNE ETUDE DE LA TRANSITION PAR LE TRAVAIL IDENTITAIRE DE MEDECIN-GESTIONNAIRE..... | 197 |
| CHAPITRE 7. LE MEDECIN-GESTIONNAIRE DANS LA TENUE DE SON ROLE : QUELLES TACTIQUES DE TRAVAIL IDENTITAIRE ?..... | 200 |
| CHAPITRE 8. UNE ETUDE MICRO DU TRAVAIL IDENTITAIRE DANS LE ROLE DE RESPONSABLE DE POLE AU SEIN D'UN CHU..... | 210 |
| CHAPITRE 9. LE MEDECIN-GESTIONNAIRE DANS LA TENUE DE SON ROLE : UN TRAVAIL IDENTITAIRE AMBULATOIRE | 225 |

| | |
|---|------------|
| CONCLUSION GENERALE..... | 269 |
| X.1. LA DISCUSSION GENERALE DE NOS RESULTATS : AU-DELA DE LA TRANSITION VERS UN ROLE DE MEDECIN-GESTIONNAIRE..... | 272 |
| X.2. LES CONCLUSIONS DE NOTRE RECHERCHE : DES TRANSITIONS VERS UN ROLE DE MEDECIN-GESTIONNAIRE..... | 277 |
| | |
| BIBLIOGRAPHIE | 291 |
| ANNEXES | 315 |
| Liste des figures, encadres et tableaux | 415 |
| TABLE DES MATIERES | 417 |

INTRODUCTION GENERALE

Bob Kelso : « *Vous êtes le nouveau chef et moi l'ancien chef, c'est normal que je vous guide.*

Perry Cox : *Je suis médecin et je compte bien le rester. Je ne vais pas changer de métier.*

Bob Kelso : *Alors vous vous faites des illusions, Perry. J'ai passé tellement de temps dans mon fauteuil à ne faire que de la gestion que mes pauvres fesses ont encore la marque du siège... Vous voulez voir ? On est amis maintenant, je peux vous montrer mes fesses... »*

Scrubs, saison 8, épisode 7, « Mon nouveau rôle » (2009)

Comme le montre cet extrait de la série américaine Scrubs, la transition d'un médecin vers un rôle de médecin-gestionnaire est un phénomène traditionnellement évoqué dans notre quotidien, sans que nous y prêtions pour autant de l'importance – les séries regorgent d'ailleurs d'illustrations de transitions d'un rôle professionnel à un rôle de professionnel-gestionnaire¹. Ce phénomène n'est cependant pas fictif. Il est le reflet d'une problématique courante pour les organisations et bien moins légère dans son déroulement qu'illustrée par ces séries. En 2009, le Professeur André Grimaldi, chef du service de diabétologie à La Pitié-Salpêtrière à Paris, soutenu par d'autres grands noms de la santé publique, lance un appel pour « sauver l'hôpital public ». Il dénonce, comme de nombreux autres acteurs hospitaliers, l'introduction d'outils gestionnaires du secteur privé à l'hôpital public, la « managérialisation » de l'hôpital public, ou encore le développement de « l'hôpital-entreprise ». Il n'est cependant pas le seul à critiquer ce phénomène. Depuis près de cinq ans s'enchaînent les mouvements sociaux au rythme des nouvelles réformes impactant le fonctionnement du système hospitalier public en France.

Cette dernière décennie a en effet été marquée par des changements profonds dans le système hospitalier français. Ces changements ont d'abord concerné le mode de financement des hôpitaux, qui est passé du système de budget global permettant la négociation a priori des dotations financières annuelles, au système de tarification à l'activité visant la détermination

¹ Voir notamment les séries relatives aux professions de médecin (d'Urgences à Grey's Anatomy), d'avocat (de The Practice à Damages), de policier (de NYPD Blue à The Closer) et plus marginalement d'enseignant (Boston Public), et même d'employé des pompes funèbres (Six Feet Under).

du budget a posteriori en fonction du niveau d'activité produit par l'établissement. Dans le cadre de ces questions financières, des changements ont également impliqué l'organisation interne des hôpitaux, en modifiant à la fois leurs modes de structuration des spécialités médicales – avec la création de pôles d'activité, regroupements de services médicaux – et leur type de gouvernance – avec notamment la créations de nouveaux rôles. Bien qu'étant intimement liées à la logique des réformes financières engagées, ce sont ces réformes organisationnelles qui nous intéressent dans cette thèse.

Cette thèse, qui s'inscrit dans le champ du comportement organisationnel, a pour projet d'étudier ce phénomène de managérialisation de l'hôpital public sous l'angle du médecin hospitalier et de son rôle. En effet, suite aux récentes réformes, un nouveau rôle a été créé aux sein des hôpitaux publics : celui de responsable de pôle d'activité. Ce responsable, incarné par un médecin, a des missions plus larges et plus profondes qu'un chef de service, par exemple. Dans le cadre d'un contrat d'objectifs et de ressources négocié avec le directeur général, il est censé mettre en œuvre la politique de l'établissement, atteindre les objectifs médico-économiques fixés par la direction, réfléchir à l'offre de soins de son pôle, à l'optimisation de ses ressources, ou encore à l'organisation de ses équipes médicales. Au-delà d'un rôle d'encadrement, il est donc attendu du médecin responsable de pôle qu'il mène des réflexions et prenne des décisions médico-économiques. Or, la transition d'un médecin vers ce rôle semble problématique au vu notamment des nombreux mouvements sociaux apparus depuis quelques années, et de l'appel lancé par le Professeur André Grimaldi en 2009. Ce constat empirique général constitue l'origine de notre recherche. Nous jugeons que l'étude de ce phénomène individuel peut aider à la compréhension du phénomène plus global de managérialisation de l'hôpital public.

De plus, notre recherche s'inscrit dans le prolongement d'une petite étude que nous avons menée pendant quelques mois en 2007, dans un établissement hospitalier, concernant les premières répercussions de la réforme de la nouvelle gouvernance hospitalière. Sans s'intéresser directement aux responsables de pôle, cette étude avait notamment mis en avant la difficulté d'impliquer ces médecins dans les réflexions médico-économiques de l'établissement. Ce résultat nous a également poussé à approfondir ce phénomène de transition des médecins vers des rôles de médecins-gestionnaires. Cette introduction vise à expliquer plus précisément la manière dont nous avons construit notre projet de recherche (0.1), mais également les choix préalables que nous avons effectué pour cadrer notre recherche d'un point de vue épistémologique, théorique, et méthodologique (0.2).

0.1. NOTRE PROJET DE RECHERCHE : L'ETUDE DE LA TRANSITION VERS UN ROLE DE MEDECIN-GESTIONNAIRE

Afin de mieux comprendre l'orientation de ce travail de thèse, nous souhaitons expliquer la démarche au travers de laquelle nous avons construit notre objet, ou plutôt projet de recherche (Allard-Poesi et Maréchal, 2007 ; Giordano et Jolibert, 2008). Nous allons voir que ce travail prend sa source dans des préoccupations personnelles, pratiques et théoriques concernant la gestion des organisations publiques. Plus précisément, notre cheminement de pensée a été le suivant : la prise de conscience de l'impact des réformes du New Public Management sur le fonctionnement des organisations publiques (0.1.1) ; la découverte plus précise des conséquences de ces réformes pour la gestion des hôpitaux en France (0.1.2) ; l'identification de la création d'un rôle de médecin-gestionnaire comme une problématique potentielle pour la gestion hospitalière (0.1.3).

0.1.1. Le *New Public Management* (NPM) et la gestion de la performance dans les organisations publiques

La gestion des organisations publiques est une thématique qui nous a intéressé depuis longtemps. Elle constitue d'ailleurs la principale motivation de notre orientation vers le domaine de la recherche en gestion. Ayant pu l'étudier depuis plusieurs années dans un esprit plus pratique que théorique, nous en sommes depuis venu à constater les évolutions s'étant effectuées en la matière, au-delà du périmètre national. Depuis les années 1990, les pays d'Europe occidentale se sont en effet vus engagés et fortement encouragés par les gouvernements nationaux et instances européennes dans des dynamiques de responsabilisation gestionnaire de leurs organisations publiques (voir notamment Ferlie et al., 1996). Les exemples symboliques de cette tendance sont anglais. Il s'agit notamment de la création des quasi-marchés, visant une ouverture régulée à la concurrence de certains secteurs publics jusqu'alors protégés par l'Etat ; ou encore de l'instauration de procédures de contractualisation interne ayant pour vocation la gestion par objectifs économiques de certains

agents publics. Cette tendance est plus connue sous le nom de *New Public Management* (*NPM* ou Nouvelle Gestion Publique).

Le *New Public Management*, concept né dans les années 1970, est basé sur le principe que le secteur public n'est pas tellement différent du secteur privé, et doit donc logiquement pouvoir adopter les outils de gestion mis en place par ce dernier. Toutefois, dans la pratique, ce concept a progressivement évolué. Considérant initialement que les organisations publiques pouvaient adopter telles quelles les pratiques de gestion des organisations privées, l'approche du *NPM* s'est complexifiée pour prendre en considération les différences de missions entre ces deux types d'organisations, et imaginer des outils de gestion adaptés. Dernièrement, le *NPM* s'est orienté vers l'idée de gestion de la performance (Every, 2005), en considérant que les organisations publiques devaient davantage porter leur attention sur les résultats de leur activité, et les moyens engagés pour y parvenir. Cette tendance du *NPM* vise alors la mise en place de pratiques inspirées des *Business Process Reengineering* (voir notamment (Defélix, 1999 ; Hammer, 1990), telles que la décentralisation du pouvoir décisionnel (avec l'idée selon laquelle plus proche est la décision du terrain, plus celle-ci est efficace), la contractualisation d'objectifs et de moyens entre la direction et le personnel (avec l'idée forte de responsabilisation des acteurs du terrain), ou encore le regroupement des activités (avec l'idée sous-jacente de mutualisation des ressources).

0.1.2. L'introduction de la gestion de la performance dans les organisations publiques françaises : le cas des hôpitaux

Les principes de gestion de la performance du *NPM* se sont développés en France cette dernière décennie, avec notamment la Loi Organique des Lois de Finances (LOLF) datant de 2001, puis diffusée jusqu'en 2006 dans les différentes fonctions publiques. De part notre légère connaissance pratique, la LOLF représentait notre première expérience de la gestion de la performance dans le secteur public. Nous nous sommes cependant focalisé sur un autre cas dans le cadre de cette thèse, car il nous intéressait plus particulièrement au sein de notre équipe de recherche : celui des réformes hospitalières, et plus particulièrement celui de la réforme de la Nouvelle Gouvernance Hospitalière (NGH). En 2002, sous la pression des déficits publics, le gouvernement français lance le plan Hôpital 2007. Ce plan représente un

ensemble de réformes visant à simplifier et autonomiser le fonctionnement des établissements hospitaliers publics afin de rendre ceux-ci plus responsables et performants au niveau économique. Ce plan comprend plusieurs mesures, réparties en deux grands volets. Le premier volet concerne la simplification des interactions entre l'hôpital public et ses acteurs externes. Son objectif est de rendre son fonctionnement plus autonome financièrement vis-à-vis de l'Etat. Le second volet est relatif au remodelage interne de l'organisation hospitalière. Son but est d'impliquer le personnel hospitalier dans la gestion financière de l'établissement. Nous nous intéressons ici à ce second volet.

La réforme de la NGH est l'une des premières réformes à toucher directement à la « boîte noire » de l'hôpital (Lenay et Moisdon, 2003), c'est-à-dire son fonctionnement interne. Jusqu'alors, une seule règle avait été mise en vigueur par l'Etat : celle de « l'amendement liberté » (article L. 6146-8 du Code de la Santé Publique), stipulant que chaque établissement hospitalier public disposait de la liberté la plus totale, dans les cadres fixés par les ARH, pour décider de son organisation interne. La réforme de la NGH remet en question cet amendement, d'une part, par la création de nouvelles instances de réflexion stratégique, les conseils exécutifs, censés favoriser la discussion entre médecins et gestionnaires ; d'autre part, par la création de pôles d'activité. Nous nous intéressons dans cette thèse à cette dernière mesure. Un pôle d'activité consiste en un regroupement d'unités cliniques (services, unités fonctionnelles...) sous une logique commune (de soin, géographique, technique...), qui vise à favoriser la transversalité disciplinaire et la mutualisation des ressources. Par exemple, un pôle Mère-Enfant, constitué dans une logique de processus de soin (du suivi de la femme enceinte au soin du nouveau-né), peut comprendre des services de gynécologie-obstétrique, de génétique, de néo-natalité, ou encore de pédiatrie. Ces pôles d'activité sont inspirés des *clinical directorates* anglais (rapport Griffiths, 1983 ; McNulty et Ferlie, 2004).

La création des pôles d'activité en France a été envisagée pour répondre à deux problématiques limitant la performance des hôpitaux : celle du découpage des unités cliniques à gérer, et celle de la distance entre réflexion médicale et réflexion gestionnaire. D'abord, la problématique du découpage des unités correspondait à l'idée que la taille et le périmètre des entités ne facilitaient pas leur gestion. Pour cet aspect, l'inspiration des expériences du secteur privé semble avoir été déterminante. Les pôles d'activité étaient destinés à devenir les *filial holdings* des hôpitaux public, permettant d'optimiser leur gestion.

« D'autres, dont moi, disaient : « il faut plutôt se poser la question de savoir pourquoi on a la course à la taille dans les entreprises et que la taille serait un handicap dans les hôpitaux. Les hôpitaux sont peut être trop gros pour être administrés et donc revoir le management » et on avait prononcé à l'époque le terme de « filial holding ». »

Un des médecins instigateurs de la réforme

Ensuite, la problématique de la distance entre médecine et gestion correspondait à l'idée que les médecins et les dirigeants d'hôpitaux provenaient d'univers professionnels différents, peu communicants et parfois même conflictuels. La pression économique du déficit semble avoir joué un rôle déterminant dans la prise de conscience de ce problème par les instances publiques. Les pôles d'activité étaient donc également destinés à rapprocher médecins et gestionnaires, rapprochement favorisant les réflexions médico-économiques.

« [Il y avait] vraiment deux mondes qui ne se connaissaient pas et quand l'hôpital s'est mis sous contrainte, tout le monde s'est aperçu qu'il fallait arrêter cette schizophrénie. C'était nuisible. Je disais ce n'est pas éthique pour un médecin de refuser de parler d'argent et ce n'est pas éthique pour un directeur de refuser de parler métier. »

Un des médecins instigateurs de la réforme

Notre attention dans cette thèse s'est portée plus particulièrement sur cette seconde vocation des pôles d'activité, à savoir le développement de la réflexion médico-économique. Pour cela, nous avons choisi de nous focaliser sur l'une des mesures phares ayant porté cet objectif : la création du rôle de responsable de pôle d'activité.

0.1.3. La création du rôle de responsable de pôle d'activité comme outil du développement de la réflexion médico-économique des hôpitaux

Le rôle de responsable de pôle d'activité a été créé dans le cadre de la NGH afin de responsabiliser les médecins face aux problématiques de gestion. Il correspond à ce que la littérature envisage comme un rôle de médecin-gestionnaire (Ferlie et al., 1996), associant des responsabilités de gestion aux missions soignantes inhérentes au métier de médecin. Dans les textes de loi, ses attributions sont cependant relativement vagues. Deux dimensions

caractérisent son rôle. Premièrement, le responsable de pôle est défini par sa position par rapport aux autres acteurs dans l'organisation (voir la figure 1) : il est nommé par le directeur d'établissement sur conseil des instances internes ; il est engagé à l'égard de la direction au travers d'une contractualisation interne ; il peut disposer d'assistants (un cadre de santé ou sage-femme, et un cadre administratif) ; il a une autorité hiérarchique limitée vis-à-vis de son personnel ; il est membre de droit du conseil de pôle. Son positionnement dans l'organisation n'est cependant pas très précis : quelle est la nature effective de ses liens vis-à-vis du directeur d'établissement, de ses assistants, des responsables de structure interne, et du personnel de pôle ?

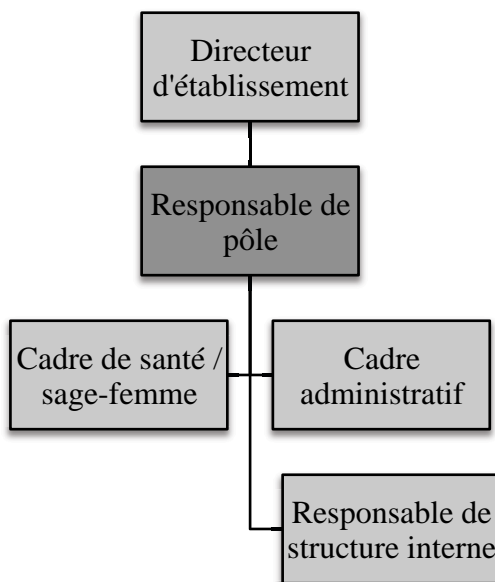


Figure 1. Le positionnement hiérarchique type d'un responsable de pôle

Deuxièmement, le responsable de pôle est défini par de grandes missions, très générales (voir l'encadré 1) : il négocie et signe avec la direction un contrat de pôle par lequel il s'engage à suivre et atteindre des objectifs, et pour lequel lui sont déléguées des ressources ; il élabore avec les membres du pôle un projet de pôle découlant du projet d'établissement et des objectifs du contrat de pôle ; il organise le fonctionnement du pôle ; il anime les réunions de conseil de pôle ; il désigne ses assistants parmi le personnel de l'établissement ; il peut donner des instructions à son personnel et modifier des décisions prises en interne par celui-ci, mais ne peut exercer à son égard un quelconque pouvoir concernant les questions disciplinaires, de

notation, et de carrière. Cependant, presque rien n'est mentionné sur le contenu de son travail : quels types d'objectifs doit-il négocier et suivre ? Quels sujets doit-il traiter en conseil de pôle ? Quel doit être le profil de ses assistants ?... ; ni même concernant la continuité ou l'abandon de l'activité clinique, ou les activités d'enseignement et de recherche (dans les CHU).

Encadré 1. Les missions du responsable de pôle selon les textes de loi

Il négocie et conclut le contrat de pôle.

Il élabore le projet de pôle avec le conseil de pôle.

Il organise le fonctionnement du pôle.

Il anime les conseils de pôle.

Il choisit en partie les collaborateurs qui l'assistent.

Il exerce une autorité hiérarchique sur le personnel du pôle, qui n'inclut cependant pas les questions disciplinaires, de notation, et de carrière.

Ces deux dimensions montrent que le rôle de responsable de pôle, tel qu'il est décrit par la loi, est flou, aussi bien dans ses contours (positionnement organisationnel) que dans ses activités (contenu des missions). Toutefois, étant donné les besoins qui ont poussé la création de ce rôle, nous considérons que ces indications sont à la fois trop larges, mais aussi trop restrictives. Par exemple, la réflexion médico-économique tant recherchée chez ces individus n'est pas clairement évoquée dans les textes. Elle transparait dans les missions de négociation et de suivi d'objectifs, d'élaboration d'un projet de pôle, ou encore d'animation de réunions de conseil, mais n'est jamais clairement énoncée. Ce rôle de responsable de pôle est toutefois en évolution (voir l'encadré 2).

Encadré 2. L'évolution du rôle de responsable de pôle vers celui de chef de pôle

Notre recherche a été menée entre 2008 et 2010. Elle porte donc principalement sur les problématiques relatives à la mise en application du plan Hôpital 2007. Cependant, des changements ont eu lieu à la fin de notre recherche. En 2009 a été promulguée la loi Hôpital-Patients-Santé-Territoires (HPST). Si cette loi implique de nouvelles évolutions pour l'Hôpital public, elle est surtout le témoignage d'une validation et d'une affirmation des mesures déjà instaurées par le plan Hôpital 2007 et la NGH. Le rôle responsable de pôle devient celui de chef de pôle. Ses attributions varient très peu. En revanche, il est à présent nommé par le directeur d'hôpital (et plus par le ministère), tout comme ses assistants. La loi et les communiqués de presse mettent vaguement l'accent sur ses missions de décideur et gestionnaire (via le contrat de pôle), ainsi que sur son autorité fonctionnelle vis-à-vis du personnel. Rien n'est cependant clairement indiqué en termes de nouvelles possibilités d'action. Son rôle demeure tout autant flou.

Au-delà de ces constats généraux à l'égard de la loi, nous avons également pu mener une petite étude dans un établissement de santé au cours de l'année 2007, peu de temps après la mise en application de la réforme de la NGH (Burellier, 2008). Sans être focalisée sur le rôle de responsable de pôle, notre étude a cependant mis en avant l'apparente difficulté des médecins pour tenir leur nouveau rôle. Nous avons également pu enrichir ce constat empirique par des recherches plus théoriques montrant que la transition vers un rôle de médecin-gestionnaire est loin d'être aisée, car notamment source de conflits pour l'individu et de détournement du rôle prescrit (voir notamment McGivern et al., 2006). De plus, ce nouveau rôle prend place au sein d'organisations professionnelles publiques (Valette, 2006) que sont les hôpitaux, considérés comme particulièrement difficiles à gérer. Ils se caractérisent en effet par une pluralité de pouvoirs, de décisions, et d'objectifs (Denis et al., 2001) ; une complexité dans les relations professionnelles (McDaniel, 2000, cité par Valette, 2006) ; ainsi qu'une incomplétude dans leur identité, hiérarchie, et rationalité (Brunsson et Sahlin-Andersson, 2000).

L'ensemble de ces constats, empiriques et théoriques, nous a amené à considérer la transition vers un rôle de médecin-gestionnaire comme potentiellement problématique pour les organisations de santé concernées. C'est donc ce phénomène que nous avons souhaité étudier dans le cadre de cette thèse. Toutefois, étant donné l'absence d'accompagnement gestionnaire

de la réforme par l'Etat, nous avons jugé plus pertinent d'envisager ce phénomène sous l'angle individuel, c'est-à-dire celui du médecin devant effectuer cette transition, plutôt que directement par les outils permettant de le gérer. En revanche, nous avons estimé que la compréhension et l'explication de ce phénomène allait pouvoir contribuer à la construction de solutions de gestion convenables pour les hôpitaux concernés (Baret et Claveranne, 2009), ainsi que pour l'évaluation des réformes en cours (Baret et al., 2010). Notre travail s'inscrit donc dans le champ du comportement organisationnel (Gilbert et al., 2005). Notre objectif au travers de cette recherche est donc double : d'abord, il s'agit de mieux comprendre le phénomène de transition vers un rôle de médecin-gestionnaire sous l'angle individuel ; ensuite, il s'agit d'envisager des pistes de gestion pour aider les médecins, les établissements de santé, et les instances publiques, concernés par ce type de transition, à mieux les appréhender. Notre problématique générale pour cette recherche est donc la suivante :

Problématique générale de notre thèse :

Comment un médecin peut-il mener sa transition vers un rôle de médecin-gestionnaire ?

0.2. LE CANEVAS DE NOTRE RECHERCHE : UNE RECHERCHE QUALITATIVE SUR LES TRANSITIONS DE RÔLE DANS LE PECP

Notre projet de recherche développé, nous avons jugé important de définir le canevas de notre recherche (Avenier et Gavard-Perret, 2008), c'est-à-dire la manière dont nous allons articuler nos choix épistémologiques, théoriques, et méthodologiques, autour de notre problématique générale. Nous expliquons donc dans les prochains paragraphes notre choix de posture épistémologique, à savoir le paradigme épistémologique constructiviste pragmatique au sens d'Avenier (0.2.1) ; notre choix de cadre théorique, à savoir les concepts de rôle et d'identité dans le cadre des transitions de rôle (0.2.2) ; notre choix de démarche méthodologique, à savoir une recherche qualitative, abductive et compréhensive en trois phases (0.2.3).

0.2.1. Notre posture épistémologique : le paradigme épistémologique constructiviste pragmatique selon Avenier

En amont de cette thèse, nous avons souhaité positionner notre travail au niveau épistémologique. Ce positionnement n'est pas sans conséquences pour nous, car, au-delà d'avoir des implications fortes sur la manière de mener notre recherche, il questionne notre posture à l'égard des connaissances que nous souhaitons produire, et donc nos convictions personnelles. Afin de nous positionner, nous nous sommes interrogé sur ce que représentait la connaissance pour nous, la manière dont nous concevions son élaboration, ainsi que la valeur que nous souhaitons lui attribuer (Avenier et Gavard-Perret, 2008 ; Perret et Séville, 2007). Ce questionnement nous a amené à distinguer, classiquement, les deux grands paradigmes épistémologiques classiques existants : le paradigme positiviste et le paradigme constructiviste (dans leurs conceptions classiques, tel que présentés par Le Moigne, 1990).

D'une part, le paradigme épistémologique positiviste classique repose sur cinq grands principes (Avenier et Gavard-Perret, 2008 ; Le Moigne, 1990 ; Le Moigne, 1995 ; Perret et Séville, 2007). Le premier, celui de l'ontologie réaliste, présuppose qu'une réalité objective existe d'elle-même, sans qu'il y ait intervention du chercheur. L'ambition de ce dernier est alors de « découvrir la vérité » (Le Moigne, 1990, p. 92). Le deuxième principe, celui de l'univers câblé ou de la détermination naturelle, postule que cette réalité objective est régie par des lois naturelles, prédéterminées. Le but du chercheur est alors d'identifier ces lois, en mettant en évidence les effets de causalité qui les sous-tendent. Le troisième principe, celui d'objectivité, stipule qu'étant donné l'existence indépendante du réel, le chercheur doit veiller à respecter le dualisme entre lui et la réalité qu'il observe, afin de ne pas l'influencer. Pour cela, il a besoin de se placer en posture d'extériorité vis-à-vis du phénomène étudié. Le quatrième principe, celui de la naturalité de la logique, prévoit que la méthodologie adoptée par le chercheur respecte les exigences de rationalité. Le chercheur doit alors s'attacher à analyser le phénomène étudié de manière cartésienne et uniforme, en le décomposant jusqu'à sa plus simple expression. Enfin, le cinquième et dernier principe, celui de moindre action ou de raison suffisante, présuppose qu'étant donné que la réalité est constituée de lois naturelles, le moindre phénomène est explicable. Cela implique pour le chercheur de raisonner par des mécanismes syllogistiques permettant la déduction des effets de causalités.

D'autre part, le paradigme épistémologique constructiviste classique repose sur cinq grands principes très différents, voire opposés, à ceux du paradigme positiviste (Avenier et Gavard-Perret, 2008 ; Le Moigne, 1990 ; Le Moigne, 1995 ; Perret et Séville, 2007). Le premier, celui de la représentabilité, postule que la réalité n'est pas accessible en dehors de l'interaction entre le chercheur et le phénomène qu'il étudie. L'ambition du chercheur est alors de bâtir et d'organiser sa propre expérience du réel. Le deuxième principe, celui de l'univers construit, suggère que la réalité ne préexiste pas, qu'elle est socialement construite, et qu'elle réside sur des possibles. Le travail du chercheur est alors de créer et d'actualiser ces possibles, par son action organisante. Le troisième principe, celui de projectivité, précise qu'étant donné l'existence dépendante du réel et du chercheur, il est impossible de séparer distinctement le chercheur du phénomène qu'il étudie. Par ce fait, le chercheur doit donc reconnaître son action sur le projet qu'il construit. Le quatrième principe, celui de l'argumentation générale, énonce que la méthodologie adoptée par le chercheur peut prendre des formes variées, reconnaissant « l'immense champ des formes de raisonnements intelligibles possibles » (Le Moigne, 1990, p. 109). Le chercheur peut donc employer des méthodes d'argumentation variées pour construire son projet. Enfin, le cinquième et dernier principe, celui de l'action intelligente, énonce qu'étant donné que la réalité est socialement construite sur la base de possibles, l'analyse consiste en l'élaboration d'une action convenable. Cela implique, là aussi, une certaine liberté dans les formes de raisonnement du chercheur.

Nous avons d'abord choisi de rapprocher notre travail de thèse du paradigme épistémologique constructiviste car nos convictions concernant le réel, notre posture en tant que chercheur, ainsi que notre manière de concevoir la construction de connaissances, se rapprochaient de ses principes. Toutefois, ne nous retrouvant pas totalement dans ce paradigme, nous lui avons finalement préféré un autre paradigme constructiviste, proche, mais marquant des positionnements distincts : le paradigme épistémologique constructiviste radical ou pragmatique. Nous expliquons notre choix entre le paradigme constructiviste classique et le paradigme constructiviste radical dans les prochaines lignes.

Nous inscrivons donc notre recherche dans le Paradigme Epistémologique Constructiviste Radical (PECR ; Avenier, 2010 ; Glaserfield, 2001, cité par Avenier et Gavard-Perret, 2008 ; Le Moigne, 1995), récemment renommé Paradigme Epistémologique Constructiviste Pragmatique (PECP ; Albert et Avenier, 2011 ; Avenier, 2011 ; Avenier et Thomas, 2011). Nous expliquons notre positionnement particulier parmi les paradigmes constructivistes car nous partageons une sensibilité forte avec les principes du PECP. D'abord, et surtout, d'un

point de vue ontologique, bien que nous postulions l'existence d'un réel construit au travers de notre expérience de recherche, nous ne postulons pas pour autant la non-existence d'un réel en dehors de notre action. Nous restons agnostique à ce sujet. Si nous considérions que la transition vers un rôle de médecin-gestionnaire consistait en une construction de notre part en tant que chercheur, nous n'avons cependant pas exclu qu'une transition réelle de ce type puisse exister en dehors de notre travail. Mais nous n'avons pas la prétention de la découvrir.

Ensuite, d'un point de vue épistémologique, bien que nous soyons conscient de notre non-séparabilité à l'égard du phénomène que nous étudions, nous n'estimons pas pouvoir construire une « vérité » consensuelle à partir du phénomène étudié, mais simplement pouvoir élaborer des représentations à partir de notre expérience du phénomène. Dans notre cas, notre ambition n'était donc pas de créer une connaissance consensuelle sur la transition vers un rôle de médecin-gestionnaire, mais de développer des représentations propres de cette transition via notre expérience du phénomène. Enfin, d'un point de vue méthodologique, nous estimons que « toute méthode est admissible sous respect des conditions d'éthique, de rigueur et de transparence du travail épistémique » (Avenier et Gavard-Perret, 2008). Nous nous sommes donc attachés dans cette thèse à respecter ces conditions, en veillant à expliciter les principes de bases de notre paradigme épistémologique, nos décisions d'ordre épistémique et méthodologique, ou encore nos inférences théoriques et pratiques (Martinet, 2000).

Le paradigme épistémologique que nous avons adopté – le PECP – a donc évidemment eu des implications sur notre démarche de recherche. Nous allons donc expliquer cette dernière à travers nos choix théoriques d'abord, méthodologiques ensuite. Nous les développerons plus en détail au fil de notre thèse.

0.2.2. Notre cadre théorique global : les concepts de rôle et d'identité dans le cadre des transitions de rôle

Le cadre théorique que nous mobilisons dans le cadre de cette thèse est orienté autour de deux concepts-clés : celui de rôle et celui d'identité. Le premier, le concept de rôle, est à la base de notre travail car il interroge directement la transition que nous étudions. Nous l'avons préféré aux notions de fonction ou de poste, par exemple, car ces dernières mettaient surtout en avant l'aspect normatif et structurel des activités et responsabilités étudiées. En ce sens, elles ne correspondaient pas à notre conception plus fluide et interactionniste de ces phénomènes. Le

second concept étudié, celui d'identité, est également central dans notre recherche même s'il n'apparaît pas immédiatement dans notre première étude. Il émerge cependant de nos résultats comme un ingrédient a priori important parmi les transitions de rôle étudiées. Ces deux concepts nous sont aussi apparus intéressants car ils permettaient d'éclairer des phénomènes plus larges de changement (voir notamment Berg, 2006 ; Defélix, 1999 ; Honoré, 2002 ; Jaujard, 2011 ; Jaujard et Paraponaris, 2007) et de carrière (voir notamment Hall, 1971 ; Pigeyre et Valette, 2006). Nous présentons rapidement ici ces deux concepts centraux, qui seront davantage précisés au fur et à mesure de notre thèse.

La conception du rôle que nous mobilisons : le rôle comme institution intermédiaire

Le terme de rôle, tel qu'il est utilisé en sciences sociales comme en gestion, est emprunté au théâtre (Biddle, 1986). En ce sens, il évoque la position que tient un individu dans une pièce/œuvre, ainsi que l'interprétation qu'il en fait, à travers un script, une mise en scène, des décors, d'autres personnages, ainsi que des interactions. Transposé aux sciences sociales, le rôle est traditionnellement approché selon deux perspectives. D'un côté, l'approche fonctionnaliste-structurelle envisage le rôle comme un ensemble d'attentes comportementales associées à une position donnée dans la structure sociale (Ebaugh, 1988, cité par Ashforth, 2001) ; en ce sens, le rôle constitue une fonction du système social. De l'autre côté, l'approche interactionniste symbolique conçoit le rôle comme une compréhension/interprétation émergente et négociée entre individus (Mead, 2006) ; dans cette optique, le rôle provient de perceptions et de préférences subjectives.

Nous optons ici pour une approche intermédiaire du rôle, dans la lignée d'Ashforth (2001, p. 4). Nous considérons le rôle ni comme complètement normé par l'organisation et ses prescripteurs, ni comme uniquement élaboré par les acteurs eux-mêmes. Nous définissons un rôle comme une position dans une structure sociale (Ashforth, 2001), position qui est plus ou moins institutionnalisée, mais qui demeure « mise en acte » par les individus sur le terrain : ce sont eux qui vont négocier le sens qui va être donné à cette position et la manière de l'opérationnaliser, en fonction des contraintes structurelles. Nous considérons donc le rôle comme une sorte d'institution intermédiaire (Barley et Tolbert, 1997 ; Chreim et al., 2007) qui va structurer les comportements individuels, que, eux-mêmes, vont modifier de manière incrémentale. Or, un individu étant amené à tenir plusieurs rôles au cours d'une carrière –

comme c'est le cas précisément dans notre recherche –, la question est alors de savoir comment passer d'un rôle à l'autre.

Ashforth (2001) définit une transition de rôle comme un mouvement psychologique, voire physique, qu'effectue un individu lorsqu'il passe d'une position à une autre. Il fait la distinction entre les transitions de rôle macro et micro. Les premières décrivent les mouvements pour des rôles tenus successivement par un individu, alors que les secondes traitent des mouvements lorsque les rôles sont tenus simultanément. Nous nous situons davantage, dans notre travail, dans une analyse macro, puisque nous nous intéressons à la promotion hiérarchique ou au recrutement de certains médecins vers de nouveaux rôles. Dans le processus de transition, la littérature différencie aussi les différentes phases qui la constituent. Ashforth (2001), en prenant pour base le modèle du changement de Lewin (1951, dans Ashforth, 2001), différencie les phases de sortie du précédent rôle, de mouvement transitoire, puis d'entrée dans le nouveau rôle. Dans le cadre de cette thèse, nous nous focalisons en priorité sur la phase d'entrée dans un nouveau rôle, puisque nous étudions des médecins ayant déjà pris leur fonction de responsable de pôle (voir la figure 2).

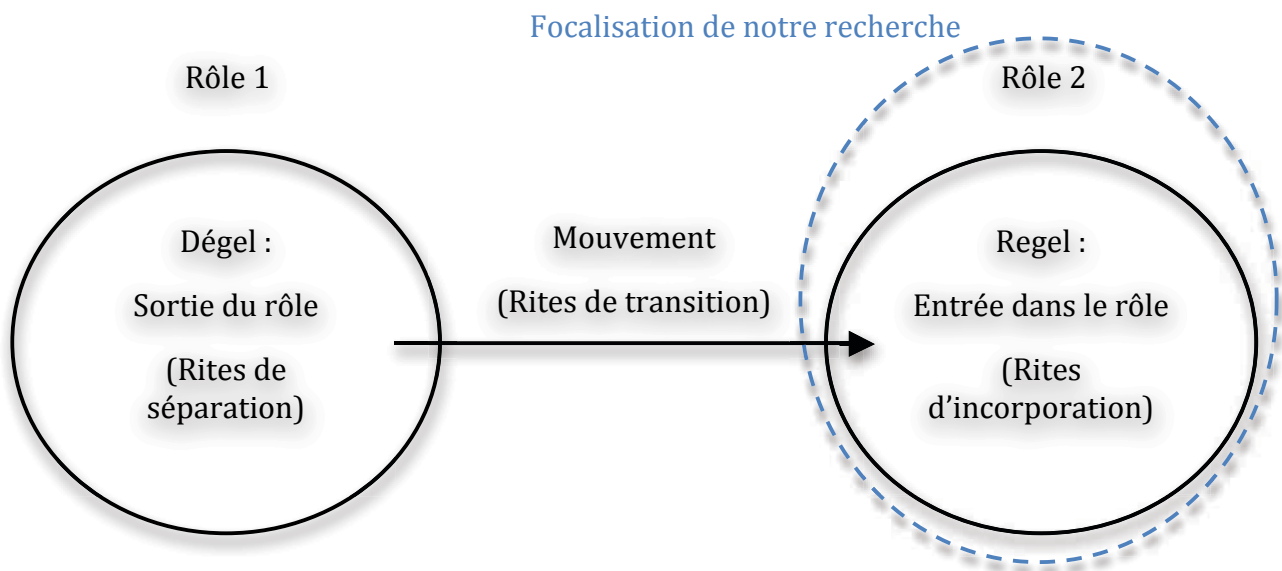


Figure 2. Le processus de transition de rôle, selon Ashforth et al., 2000
(adapté par Ashforth, 2001)

Plusieurs approches ont traité des transitions de rôle. On peut cependant en distinguer deux principales. La première envisage les ajustements devant être réalisés (par l'individu ou l'organisation) pour tenir des rôles existants. Ces ajustements peuvent concerner soit l'individu tel qu'il est (Rothbard, 2001), soit le contenu des rôles (Ashforth et al., 2000), ou bien les deux (Ashforth et Sakes, 1995 ; Munton et West, 1995 ; Neal et Griffin, 2006 ; Nicholson, 1984). La seconde approche s'intéresse, elle, à la tenue de rôles inédits. Moins répandue, cette littérature traite soit du processus de construction d'un nouveau poste dans l'organisation (Wrzesniewski et Dutton, 2001), soit du processus de légitimation de ces nouvelles pratiques (Reay et al., 2006). Nous nous intéressons à une troisième possibilité, encore peu traitée dans la littérature : l'hybridation de rôle. Nous définissons celle-ci comme l'assemblage de plusieurs rôles initialement distincts (ou de plusieurs parties de rôles) pour en constituer un seul. Cette hybridation concerne traditionnellement des professionnels (Abbott, 1988) auxquels on confère un statut d'encadrement plus fort auprès de leurs pairs et d'autres collègues (Fitzgerald et Ferlie, 2000). La littérature parle alors de professionnels-gestionnaires (Ferlie et al., 1996), et, plus spécifiquement, de sergents-gestionnaires dans la police (Brooks, 1999 ; Butterfield et al., 2004 ; 2005), d'infirmiers-gestionnaires (Bolton, 2000 ; 2004) et de médecins-gestionnaires (Ashburner et al., 1996 ; Braithwaite and Hindle, 2001 ; Button et Roberts, 1997 ; Ferlie and Shortell, 2001 ; Fitzgerald et Ferlie, 2000 ; Llewellyn, 2001 ; Loubet, 2007) dans les hôpitaux. C'est cette transition vers un rôle hybride de médecin-gestionnaire qui nous intéresse dans le cadre de cette thèse.

La conception de l'identité que nous mobilisons : l'identité comme compromis personnel et social

Deux courants ont traditionnellement animé les débats concernant le concept d'identité. Le premier place l'individu comme principal acteur dans la définition de ce qu'il est. C'est ce que la littérature appelle théorie de l'identité (ou *IT* pour *Identity Theory*) (voir notamment Stryker, 1980, cité par Ashforth, 2001). Dans cette approche, l'individu s'identifie à des rôles qu'il va animer, « mettre en acte ». Le second mouvement conçoit l'individu comme faisant partie intégrante de catégories sociales, en dehors desquelles il ne pourrait se définir. Ce mouvement est traditionnellement nommé théorie de l'identité sociale (ou *SIT* pour *Social Identity Theory*) (voir notamment Tajfel et Turner, 1986, cité par Ashforth, 2001). Dans cette seconde approche, l'individu est déterminé, animé par la structure sociale. Plutôt que de

séparer ces deux courants, nous les intégrons dans notre cadre d'analyse (à la manière de Stets et Burke, 2000), en considérant que ces deux dynamiques (identification et catégorisation) sont complémentaires. Ainsi, nous définissons l'identité d'un individu comme l'ensemble des significations qui lui sont attachées par lui-même et par les autres (Gecas, 1982, cité par Ashforth, 2001). Cette identité n'est pas statique, elle évolue au fil des interactions.

En suivant une approche interactionniste (Mead, 2006), nous distinguons donc dans l'identité d'un individu son identité personnelle (ou identité pour soi) et son identité de rôle ou sociale (ou identité pour autrui) (Ashforth, 2001 ; Dubar, 1995). D'un côté, l'identité personnelle peut être définie comme les significations qu'un acteur s'auto-attribue, et qui le définissent comme unique par rapport aux autres (Brewer, 1991). De l'autre, l'identité de rôle peut être conçue comme l'ensemble des significations typiquement associées à une position sociale, que les autres acteurs lui attribuent en vue de le situer comme objet social (Hogg et Terry, 2000). L'identité de rôle représente le personnage qui devrait être incarné pour pouvoir tenir un rôle, personnage composé de caractéristiques centrales (qui le distinguent des autres), et de caractéristiques périphériques (non distinctives). Ces caractéristiques sont jugées capitales lors d'une transition : plus elles diffèrent d'une identité de rôle à l'autre (fort contraste identitaire), plus la transition est difficile pour l'individu.

Le concept d'identité se retrouve plus précisément au sein de deux phénomènes impliqués par les transitions de rôle : l'identification à un rôle et le travail identitaire. Tout d'abord, l'identification à un rôle correspond au fait pour un individu de se définir au moins en partie au travers des significations portées par le rôle, c'est-à-dire au travers des caractéristiques du personnage à incarner (Ashforth, 2001 ; Sainsaulieu, 1996). Pour expliquer ce même phénomène, Goffman (1961, cité par Ashforth, 2001) et Turner (1978) parlent aussi de fusion entre la personne et le rôle. L'identification, qui est surtout définie dans la littérature comme une posture, et non un processus, pourrait favoriser une transition. Selon Ashforth (2001), les individus s'identifient plus facilement lorsqu'ils parviennent à se situer dans un contexte local, c'est-à-dire lorsqu'ils atteignent quatre motifs psychologiques : leur identité, du sens, du contrôle, et de l'appartenance. Toutefois, un individu peut également tenir d'autres postures à l'égard d'un rôle : la désidentification, où l'individu se définit en opposition vis-à-vis de son rôle ; l'identification neutre, où il ne se définit pas au travers de son rôle, sans toutefois s'y opposer ; l'identification conflictuelle, où il s'identifie et se désidentifie fortement et simultanément à l'égard de son rôle ; et l'identification ambivalente, où il s'identifie et se désidentifie simultanément, mais modérément, vis-à-vis de son rôle (Ashforth, 2001 ;

Dukerich et al., 1998 ; Elsbach, 1999). Les conséquences de ces types de postures pour les transitions sont cependant peu étudiées par la littérature.

Ensuite, le travail identitaire (ou *IWT* pour *Identity Work Theory*) correspond à l'ensemble des activités dans lesquelles les individus s'engagent pour créer, présenter, et maintenir des identités personnelles congruentes avec leur concept de soi (Snow et Anderson, 1987). En d'autres termes, le travail identitaire concerne toutes les actions qui permettent à l'individu de retrouver de la cohérence en soi, et de se distinguer (Sveningsson et Alvesson, 2003), notamment lorsque l'identité est menacée – par une trop forte dépersonnalisation ou une expérience contradictoire, par exemple. En ce sens, le concept de travail identitaire est proche de la maîtrise des impressions (Goffman, 1973) ou du travail de figuration (Goffman, 1998), qui visent respectivement à réparer des maladresses ou à ne pas perdre la face. Le travail identitaire consiste alors à jouer avec les processus de personnalisation, permettant de se différencier d'un rôle, et les processus de dépersonnalisation, contribuant à se rapprocher d'un rôle. Ces actions peuvent concerner le contexte d'action, l'apparence physique, l'association à des personnes ou à des groupes, ou encore – de manière prédominante dans la littérature – le discours. Contrairement à l'identification, cette théorie est envisagée par la littérature comme un processus identitaire (voir notamment Ibarra, 1999, Pratt et al., 2006, ou Sveningsson et Alvesson, 2003), soutenant que l'individu peut lui-même inventer ce qu'il est (Kaufmann, 2004). Parfois rapprochés, les phénomènes d'identification et de travail identitaire sont alors entremêlés – soit parce que l'identification est envisagée comme l'objectif que permet d'atteindre le travail identitaire (Ibarra, 1999), soit, à l'inverse, parce que le travail identitaire est abordé comme le fil conducteur d'un ensemble de dynamiques d'identification (voir notamment Pratt et al., 2006).

Le cadre théorique que nous venons de présenter est développé au fil de cette thèse. Nous verrons plus précisément dans quelle optique les concepts de rôle et d'identité que nous mobilisons ont été sélectionnés. Nous présentons à présent notre démarche méthodologique globale. Elle va notamment donner quelques explications sur la manière dont nous avons envisagé la relation entre théorie et pratique.

0.2.3. Notre démarche méthodologique globale : une recherche qualitative visant la compréhension du phénomène de transition

La démarche méthodologique que nous avons adoptée pour ce travail de thèse est une démarche exclusivement qualitative. Nous n'avons pas fait ce choix par contrainte de notre positionnement épistémologique – nous rappelons au passage que le PECCR n'impose pas de méthodes spécifiques (voir notamment Avenier et Gavard-Perret, 2008). Nous l'avons fait parce qu'il correspondait à notre volonté de compréhension de notre objet de recherche. Une recherche qualitative nous permettait effectivement de nous rapprocher le plus possible de notre objet de recherche (Mucchielli, 2009), afin d'approfondir son analyse (nous avons ici procédé à un rapprochement en trois temps), mais aussi afin de travailler par l'abduction entre théorie et pratique (nous avons ici favorisé les interactions à la fois avec les acteurs académiques et hospitaliers), et de nous immerger dans nos matériaux (nous avons ici procédé à une analyse de contenu manuelle). Nous expliquons dans les prochains paragraphes les particularités de notre démarche.

Une démarche en trois phases permettant le rapprochement progressif du phénomène de transition

La première particularité de notre démarche est de s'effectuer en trois phases. Nous n'avons pas fait ce choix de manière prédéterminée. Comme nous le verrons ensuite concernant nos interactions avec les acteurs hospitaliers rencontrés, cette décision a été prise chemin faisant, en fonction à la fois des opportunités qui s'offraient à nous (Girin, 1989), et des allers-retours entre nos résultats et la théorie. Cela explique l'aspect processuel de notre démarche (et non pas du phénomène observé, qui n'est pas longitudinal). D'abord, dans un premier temps, notre recherche avait vocation à comprendre de manière plutôt globale le phénomène de transition étudié. Nous avons mobilisé pour cela un cadre théorique assez général sur les transitions de rôle, ainsi que deux imposants terrains (deux établissements hospitaliers). Puis, dans un deuxième temps, cette recherche s'est focalisée sur un aspect particulier émergeant de nos résultats : l'identification au rôle. Nous avons à la fois exploré cette littérature et investigué plus précisément un des terrains sélectionnés (un CHU). Enfin, dans un troisième temps, cette recherche s'est ciblée encore plus profondément sur une dernière dimension : le travail

identitaire. Nous avons alors fait appel à un cadre théorique beaucoup plus spécifique et envisagé la micro-étude du terrain choisi (quatre responsables de pôle d'un CHU) (voir la figure 3). Le cheminement plus précis de notre travail sera expliqué dans le détail tout au long de notre thèse.

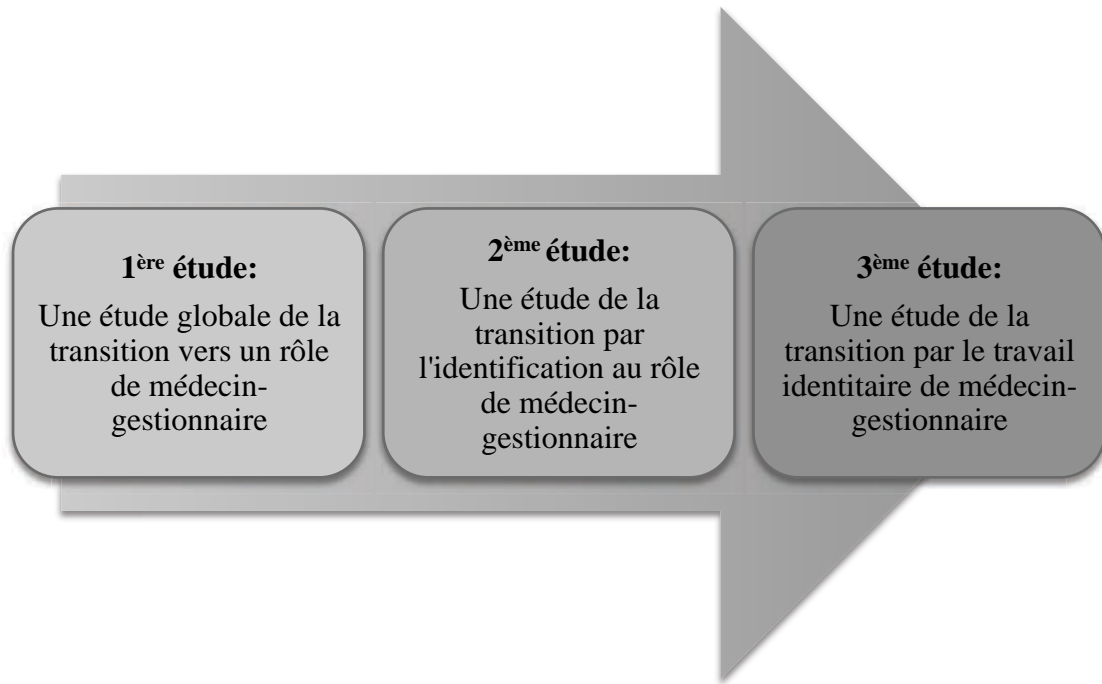


Figure 3. Les trois phases de notre recherche

Une démarche abductive favorisant les interactions avec les acteurs hospitaliers

Une deuxième particularité de cette recherche tient dans le fait qu'elle a été menée suivant une démarche méthodologique abductive ou hybride (Charreire Petit et Durieux, 2007). Cela signifie que les réflexions théoriques que nous avons élaborées l'ont été à partir d'allers-retours entre la littérature académique et la pratique. Bien que nous concevions que notre travail ressemble de ce point de vue à de nombreuses autres recherches (ayant adopté ce même mode de raisonnement), nous souhaitons le signaler car nous considérons que le travail que nous présentons ici, malgré son format standard dans chacune de nos parties – cadre théorique, méthodologie, puis résultats –, n'est pas le fruit d'une détermination a priori des outils conceptuels mobilisés, visant à être testés. Chaque étude constituant cette recherche a

d'abord été instiguée par un constat empirique – l'apparente difficulté des médecins à tenir un rôle de responsables de pôle, pour notre première étude, par exemple –, constat qui a alimenté notre investigation théorique – la littérature concernant les transitions vers un rôle de médecin-gestionnaire par exemple. A chaque fois, ce sont les résultats de notre première investigation qui ont amené la réflexion suivante : les résultats de notre première étude ont d'abord soulevé la problématique de notre deuxième étude ; les résultats de cette deuxième étude ont ensuite mis en évidence la problématique de notre troisième étude.

Au-delà de cet aspect abductif traditionnel, nous souhaitons aussi préciser que cette recherche a consisté en un travail d'interactions entre nous, chercheur, notre cercle académique et notre terrain d'investigation : interactions avec une directrice de thèse, interactions avec des groupes de recherche, interactions avec des chercheurs lors de conférences, mais aussi interactions avec des responsables de pôle, interactions avec des personnels médicaux et soignants, interactions avec des dirigeants d'hôpitaux. Bien que les concepts que nous mobilisons soient parfois très abstraits pour des praticiens, nos interactions avec les personnels hospitaliers rencontrés ont favorisé notre vigilance quant à la pertinence académique et pratique de notre travail.

Partageons un exemple typique d'interaction entre chercheurs et praticiens ayant contribué autant au remaniement de nos concepts que de nos méthodes. Alors sur le point de rencontrer nos premiers responsables de pôle au sein du CHU étudié, nous avons préalablement pris rendez-vous, d'une part, avec notre directrice de thèse et, d'autre part, avec notre contact privilégié au sein de l'établissement hospitalier. L'entretien avec notre directrice de thèse nous a permis de synthétiser et d'alléger les questionnements que nous avons prévus dans notre guide d'entretien – à partir des travaux académiques sur le sujet. Quelques jours plus tard, un entretien avec notre contact privilégié au sein du CHU nous a permis de mettre en évidence le décalage entre le langage théorique que nous utilisons et le langage pratique plus parlant au regard de nos interlocuteurs. Par exemple, une question générale concernant les valeurs, initialement formulée « quelles sont vos valeurs ? », a été modifiée pour devenir « quelles valeurs sont importantes pour vous, dans votre travail ? » sur conseil de notre interlocuteur praticien. Cette interaction, bien qu'a priori anodine, a toutefois pu influencer la manière dont nous avons conduit notre recherche, et certainement en partie nos résultats. Qui sait si, sans modifier cette question, nous en serions finalement arrivé aux mêmes constats théoriques ? Et donc à envisager le concept d'identification pour la suite de notre recherche ?

Cet exemple d'interaction n'est cependant pas exceptionnel dans notre travail. A plusieurs reprises, nous avons appris à reformuler nos concepts, adapter nos méthodes de recherche, en fonction des conseils à la fois de nos contacts académiques et praticiens. Nous sommes donc très vigilant dans cette thèse aux interactions nous ayant permis de construire notre travail.

Une analyse de contenu manuelle permettant l'immersion dans les matériaux

Nous allons le voir, une particularité de la méthode qualitative que nous avons adoptée dans cette thèse, est de ne pas utiliser de logiciels de codage de nos matériaux pour nos analyses de contenu – contrairement à la tendance actuelle. Ce choix ne représente pas une volonté forte de notre part initialement. Il s'est effectué pour des raisons très différentes, chemin faisant. D'abord, au commencement de notre recherche, nous n'avons pas eu accès à un logiciel nous permettant de coder nos premiers matériaux. Ayant besoin d'urgence de travailler ces matériaux pour en dégager des premières idées, nous avons donc procédé à une analyse manuelle. Notre choix s'est donc initialement fait par opportunisme méthodique (Girin, 1989). Ensuite, nous étant habitué à ce mode opératoire, nous avons jugé plus confortable et pertinent de continuer cette pratique. Elle nous permettait d'avoir un fil conducteur dans notre organisation de travail – mixer les méthodes aurait en effet pu constituer une rupture dans notre manière de construire nos résultats ; nous avons estimé que prendre ce risque était inutile, voire dommageable.

Enfin, ayant suivi des formations relatives à certains logiciels de codage des matériaux qualitatifs, ayant discuté de ces derniers avec plusieurs chercheurs et lus des explications à leur sujet, nous nous sommes rendus compte que ce type de méthode n'était pas indispensable si notre codage manuel était effectué avec rigueur. Après avoir reconsidéré l'utilisation d'un logiciel en milieu de ce travail de thèse, nous avons finalement jugé que celui-ci constituait plutôt un outil facilitateur (car permettant d'organiser plus rapidement les matériaux) mais ne garantissait en rien une meilleure analyse (Gavard-Perret et Helme-Guizon, 2008) Selon nous, l'analyse manuelle présentait même plusieurs avantages, comme le fait de se retrouver immergé dans les matériaux recueillis, afin de les « dépouiller, classer, analyser » (Allard-Poesi et al., 2007), plutôt que de s'en éloigner et de ce fait se focaliser davantage sur les concepts mobilisés (Hlady Rispal, 2002). La connaissance des matériaux au travers d'une analyse manuelle pouvait alors être plus profonde qu'avec l'utilisation d'un logiciel.

Plus particulièrement concernant nos analyses lexicales, notre choix de ne pas utiliser de logiciel a intégré d'autres raisons. Bien qu'ayant eu accès à des logiciels nous permettant de le faire, nous avons préféré ne pas les utiliser car, d'une part, nous avons jugé peu pertinent le recours à un logiciel spécifique alors que le codage souhaité n'allait constituer qu'une partie mineure de notre travail – l'analyse lexicale étant secondaire dans notre thèse, et mise au service d'une analyse thématique ; d'autre part, nous avons estimé que l'utilisation d'un logiciel de ce type ne pouvait pas particulièrement nous aider étant donné que certaines formes de style du langage (comme les métaphores) ou les éléments contextuels (comme la progression de l'entretien) n'étaient pas comprises par le logiciel (Félix, 2009). Nous avons donc préféré conserver une analyse manuelle là aussi, nous permettant de contextualiser plus facilement nos matériaux.

Ce codage manuel questionne bien entendu l'interprétation de nos matériaux. Ce questionnement concerne la rigueur de notre interprétation, et non l'objectivité de la démarche. En effet, étant agnostique quant à l'existence d'un réel stable, il nous est impossible d'envisager la question de l'objectivité ou de la neutralité de notre analyse. Cette dernière a été effectuée par nous, chercheur, au travers de nos expériences et de nos différentes formes de soi, et cela de manière plus ou moins consciente (Paillé, 2006). Notre interprétation ne peut donc être qu'imparfaite. En revanche, dans un souci de rigueur, nous avons tenté de rendre notre interprétation convenable (au sens de Le Moigne, 1990). Pour cela, dans la logique de la métaphore cinématographique (proposée par Paillé, 2006), nous avons cherché le plus possible à interpréter nos matériaux sur scène, face à un public, afin d'obtenir leur critique. Ce public a été constitué de notre directrice de thèse, d'équipes de recherche, et d'autres universitaires, mais aussi de praticiens hospitaliers. Il a aussi été constitué par un groupe de recherche validé et financé par l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) et l'IReSP (Institut de Recherche en Santé Publique), auquel notre projet de thèse a été progressivement rattaché, et avec lequel nous avons pu interagir fréquemment sur l'analyse même de nos matériaux.

Ces choix méthodologiques ont donc également guidé notre recherche. Nous les développerons et les expliciterons plus précisément au cours de nos différentes parties. Avant d'aborder notre première partie, nous souhaitons cependant expliciter la trame générale de notre recherche (voir la figure 4).

Problématique générale de la thèse :

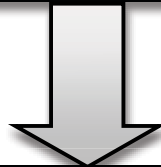
Comment un médecin peut-il mener sa transition vers un rôle de médecin-gestionnaire ?

Première étude :

Etude globale de la transition vers un rôle de médecin-gestionnaire

Question de recherche n°1 :

Par quels ajustements un médecin peut-il mener sa transition vers un rôle de médecin-gestionnaire ?

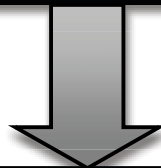


Deuxième étude :

Etude de la transition par l'identification au rôle de médecin-gestionnaire

Question de recherche n°2 :

De quelle manière un médecin peut-il tenir un rôle de médecin-gestionnaire lorsqu'il adopte une posture d'identification alternative ?



Troisième étude :

Etude de la transition par le travail identitaire de médecin-gestionnaire

Question de recherche n°3 :

Au travers de quelles tactiques de travail identitaire un médecin peut-il tenir un rôle de médecin-gestionnaire ?

Figure 4. Le canevas général de notre recherche

Problématique générale de la thèse :

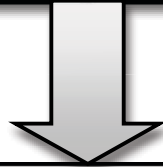
Comment un médecin peut-il mener sa transition vers un rôle de médecin-gestionnaire ?

Première étude :

Etude globale de la transition vers un rôle de médecin-gestionnaire

Question de recherche n°1 :

Par quels ajustements un médecin peut-il mener sa transition vers un rôle de médecin-gestionnaire ?



Deuxième étude :

Etude de la transition par l'identification au rôle de médecin-gestionnaire

Question de recherche n°2 :

De quelle manière un médecin peut-il tenir un rôle de médecin-gestionnaire lorsqu'il adopte une posture d'identification alternative ?



Troisième étude :

Etude de la transition par le travail identitaire de médecin-gestionnaire

Question de recherche n°3 :

Au travers de quelles tactiques de travail identitaire un médecin peut-il tenir un rôle de médecin-gestionnaire ?

PARTIE I

UNE ETUDE GLOBALE DE LA TRANSITION VERS UN ROLE DE MEDECIN-GESTIONNAIRE

« C'est pas nous qui faisons la loi. Le cadre d'exercice des responsabilités est défini réglementairement. Donc je suis quelqu'un de pragmatique : il y a une règle, on la joue, et on la joue du mieux qu'on perçoit. D'autant que si cette règle vous définit à grands traits dans des textes, c'est à nous de la faire vivre et de l'interpréter. »

Responsable du pôle Couple-Enfant du CHU

Au cours d'une carrière, les transitions de rôle sont nombreuses pour un individu. Elles interviennent à l'occasion d'un recrutement, d'une promotion, d'une mutation, d'une transformation de poste, ou encore d'un licenciement. Le passage d'un ancien vers un nouveau rôle ne va cependant pas de soi. L'individu va souvent rencontrer des difficultés à quitter son précédent rôle, à en faire le deuil, et à entrer dans le prochain. Les conséquences pour l'individu et pour l'organisation peuvent alors être néfastes : moindre investissement dans les nouvelles fonctions, confusion entre les anciens et les nouveaux impératifs de travail, incapacité à exercer les nouvelles activités, difficultés à intégrer les objectifs liés au nouveau poste, voire même opposition à la stratégie menée par l'établissement. L'accompagnement de ces transitions constitue donc un enjeu fort pour l'organisation. La réforme que nous étudions ici soulève cette même problématique pour les directions hospitalières concernant la transition de médecins vers le nouveau rôle de responsable de pôle. A priori peu souhaitée par ces derniers, comme l'ont laissé suggérer de récents mouvements sociaux, cette transition de rôle est-elle finalement possible et gérable ?

Nous consacrons donc cette première partie à une étude globale de la transition des médecins vers un rôle de médecin-gestionnaire, avec pour objectif de mieux comprendre les enjeux d'adaptation qui y sont liés. Dans cette optique, nous avons choisi de nous focaliser sur une analyse de la transition par l'ajustement entre l'individu et son rôle, approche globale répandue dans la littérature. Dans un premier chapitre, nous mettons en perspective une opposition dans la littérature concernant ces ajustements. Cette dernière confronte, d'une part, les travaux avançant la capacité presque innée des individus à trouver des ajustements et autres compromis avec leur rôle, et d'autre part, les recherches mettant l'accent sur les difficultés rencontrées dans le cadre de ces ajustements surtout lorsqu'il est question de professionnels. Au travers de ce débat, nous questionnons les types d'ajustements possibles entre un individu et son rôle pour réussir une transition vers un rôle de médecin gestionnaire (1). Dans un deuxième chapitre, nous expliquons la démarche empirique que nous avons

adoptée pour répondre à notre questionnaire, à savoir l'étude de deux cas d'établissements hospitaliers et de leurs 22 médecins en transition vers un rôle de responsable de pôle (2). Dans un troisième chapitre, nous mettons en avant nos résultats, en proposant que les ajustements effectués entre l'individu et son rôle lors de la transition vers un rôle de médecin-gestionnaire sont variés et permettent, dans la majorité des cas, de réussir la transition. En revanche, nous soulignons la grande imprévisibilité de ces ajustements pour l'organisation, qui s'avèrent fortement dépendants des individus. Cette imprévisibilité nous semble particulièrement problématique pour envisager des outils d'accompagnement permettant de gérer ces transitions de rôle (3).

CHAPITRE 1. LA TRANSITION VERS UN RÔLE DE MEDECIN-GESTIONNAIRE : UN DEFI ?

Pour étudier la transition vers un rôle de médecin-gestionnaire de manière globale, nous mobilisons la littérature relative aux ajustements entre l'individu et son rôle. Les transitions de rôle sont envisagées par cette littérature comme des processus d'ajustement relativement souples, où l'individu conserve une capacité d'adaptation à l'égard de son rôle (1.1). Pourtant, l'arrivée dans un rôle de professionnel-gestionnaire est quasi-systématiquement présentée comme un processus inflexible pour l'individu, qui éprouve des difficultés à achever sa transition (1.2). Ce premier chapitre vise à expliquer ce paradoxe de la littérature, afin de comprendre les enjeux liés à la transition du médecin vers un rôle de médecin-gestionnaire.

1.1. Les rôles et transitions de rôle : une blouse sur mesure pour le médecin

Le rôle et les transitions qui y sont associées sont caractérisés par une plus ou moins grande maléabilité. L'individu qui tient un rôle, ou qui souhaite en changer, peut procéder à des ajustements – dans ce qu'il est et/ou ce qu'il fait – pour qu'il y ait adéquation. Par principe, la transition de rôle est donc un processus relativement aisé pour l'individu. Nous allons voir ici que le rôle peut être envisagé comme une institution intermédiaire permettant des compromis (1.1.1) et les transitions de rôle comme des processus d'ajustement permanents entre l'individu et son rôle (1.1.2).

1.1.1. Le rôle comme institution intermédiaire

Le concept de rôle, bien qu'associé à deux courants de pensée opposés – le structuralisme et l'interactionnisme symbolique – peut être envisagé dans une perspective intermédiaire, celle d'une position sociale négociable. Nous allons présenter les deux perspectives dominantes du rôle avant d'en expliquer notre approche médiane. Le concept de rôle provient de la sociologie. Bien que débattu, ce concept trouve son origine dans la résolution consensuelle d'une opposition : celle de l'individu et de la société (Coenen-Huther, 2005). Le rôle est donc initialement conçu comme une « notion intermédiaire entre celles d'individu et de société »

(Nadel, 1957, cité par Coenen-Huther, 2005) permettant de mettre en relation les deux. En gestion, le concept de rôle est similairement utilisé pour parler des rapports entre un individu et l'organisation dans laquelle il travaille. Il s'agit alors notamment d'observer les décalages entre le prescrit et le réel : l'individu se comporte-t-il comme l'organisation le souhaite ? Que fait-il en deçà des prescriptions ? Que fait-il au-delà des prescriptions ?

Au delà de ce consensus initial, le concept de rôle n'est cependant pas uniforme. Il peut être envisagé sous deux perspectives : une perspective structuraliste qui considère le rôle comme une forme d'institution façonnant les comportements individuels ; et une perspective interactionniste qui définit le rôle comme une forme d'interaction entre l'individu et la société, l'un et l'autre se modelant mutuellement.

Le rôle comme structure sociale fonctionnelle

Premièrement, dans la perspective structuraliste, le rôle est envisagé comme une structure sociale qui guide l'action individuelle. Il peut être défini comme « un ensemble d'attentes comportementales associées à des positions données dans la structure sociale » (Ebaugh, 1988, cité par Ashforth, 2001). Initiateur de ce courant, Linton (1936, cité par Coenen-Huther, 2005) distingue la notion de statut de celle de rôle. Pour lui, le statut représente une position dans une structure sociale. Par exemple, un individu peut avoir le statut de parent ou d'employé. Le rôle correspond alors au comportement attendu par la tenue de cette position. Par exemple, dans une organisation donnée, il va être attendu de l'employé qu'il se conforme au règlement interne, à sa fiche de poste, aux consignes de son supérieur, ou encore aux objectifs de l'entreprise. Le lien entre l'individu et la société se fait de manière unilatérale, la société exigeant, à travers le rôle, certains comportements de la part de l'individu qui occupe un statut donné. Le rôle conduit donc à une uniformisation des comportements individuels (Rocheblave-Spenlé, 1962). Dans cette approche, le système social – incluant le rôle – est considéré comme stable. Seul l'individu et son comportement changent.

Cette vision du rôle peut être complétée par l'approche fonctionnaliste, davantage centrée sur l'individu. Dans cette même optique d'imposition du rôle aux individus, l'approche fonctionnaliste y ajoute l'idée du rôle comme fonction sociale. Le rôle assure une fonction pour la société en prescrivant des attentes de comportement normatives et partagées par le système social (Merton, 1957 ; Parsons, 1951, cité par Ashforth, 2001). Dans cette approche,

le rôle est un outil formalisé. La conformité au rôle constitue une obligation. La déviance est sanctionnée. L'uniformisation des comportements individuels est là aussi recherchée.

L'uniformisation provoquée par le rôle se retrouve dans la théorie institutionnelle, avec notamment l'*Iron Cage* (Cage d'Acier) proposée par Weber (1952, cité par DiMaggio et Powell, 1983). Selon ce dernier, les bureaucraties sont caractérisées par un ensemble de règles clairement établies : une forte hiérarchie, l'impersonnalité, une promotion basée sur la performance, une stricte division du travail, l'efficacité, mais aussi des règles de conduite écrites. Ces règles de comportement, similaires à la conception structuraliste du rôle, ne permettent aucune déviance aux individus sous peine de sanctions. Les organisations tendent donc, via ces règles, à standardiser et uniformiser les comportements individuels.

Cette idée se retrouve en partie dans la théorie néo-institutionnelle avec le phénomène d'isomorphisme. L'isomorphisme est un processus qui contraint une unité de la population à ressembler aux autres unités qui sont confrontées aux mêmes conditions environnementales (Hawley, 1968, cité par DiMaggio et Powell, 1983). DiMaggio et Powell (1983) précisent qu'il existe trois formes d'isomorphisme. D'abord, l'isomorphisme coercitif est relatif à la pression des autres organisations ou de l'Etat – par exemple, une nouvelle loi peut imposer une organisation, et donc ses salariés, à s'adapter. Ensuite, l'isomorphisme mimétique est basé sur l'imitation volontaire d'un comportement – par exemple, une norme de qualité à la mode peut être acquise, influençant de fait les comportements des salariés. Enfin, l'isomorphisme normatif est fondé sur l'influence des professions – par exemple, l'ordre des médecins peut instaurer de nouvelles missions pour ses membres, poussant ainsi leur comportement à se modifier. Le rôle constitue alors le produit de standards et de normes institutionnelles. Il va façonner le comportement des individus, autant que l'organisation. Les individus y sont soumis, contraints, car en dépendent leur légitimité organisationnelle mais aussi professionnelle. La sociologie des professions part également de ce principe de rationalisation institutionnelle des comportements individuels (Dubar et Tripier, 2005). Pour les membres d'une profession, la mise en œuvre stricte des comportements attendus va de soi (*taken for granted*).

Le rôle comme interaction

Deuxièmement, dans la perspective interactionniste symbolique, le rôle est envisagé comme le fruit d'interactions entre les individus. Il peut être défini comme une interprétation négociée

et émergente interindividuelle, basée sur les préférences et perceptions individuelles (Mead, 2006). Bien qu'élaboré par la société, le rôle n'est pas imposé dans cette approche. Il est conçu comme un ensemble d'objectifs suffisamment larges et souples pour être retravaillé par les individus le tenant. Par exemple, le rôle de médecin est associé à la mission de soin au patient. Cette mission, large, va être redéfinie par les médecins sur le terrain, afin de l'adapter à leur contexte d'action et notamment à leurs interactions avec les patients et les autres praticiens. L'accent est donc mis sur l'interprétation et l'orientation du rôle par les individus (voir notamment Parker, 2007) et leur adaptation du rôle aux situations locales. Le rôle étant général, les individus le complètent dans ses détails. Contrairement à l'approche fonctionnaliste structurelle, le rôle repose donc ici sur des processus informels.

Intégré dans la métaphore théâtrale (Goffman, 1973), le rôle est même considéré comme idiosyncratique. Il constitue une routine singulière, un « modèle d'action préétabli que l'on développe durant une représentation et que l'on peut présenter ou utiliser en d'autres occasions » (Goffman, 1973). En ce sens, le rôle de médecin n'existerait pas. Par contre, il existerait des rôles de médecins, tous particuliers, dépendants du contexte d'action dans lequel ils sont mis en acte. Le rôle n'est pas généralisable, seulement reproductible sous certaines conditions identiques ou semblables. Selon cette approche, le rôle ne va donc pas de soi : il est variable, dépendant de l'action, et ne peut pas s'institutionnaliser.

Le rôle comme structure d'interaction ou interaction structurée

A la manière d'Ashforth (2001, p. 4), nous adoptons dans cette thèse une approche intermédiaire, à la croisée de l'approche fonctionnaliste structurelle et de l'approche interactionniste symbolique. Nous considérons le rôle ni comme complètement normé par l'organisation et ses « prescripteurs », ni comme uniquement élaboré par les acteurs eux-mêmes. Nous définissons un rôle comme une position dans une structure sociale (Ashforth, 2001), position qui est plus ou moins institutionnalisée, mais qui demeure « mise en acte » par les individus sur le terrain : ce sont eux qui vont négocier le sens qui va être donné à cette position et la manière de l'opérationnaliser, en fonction des contraintes structurelles. Le rôle constitue un intermédiaire, un objet frontière entre la société et l'individu, qui permet à la fois au contrôle social et au pouvoir individuel de s'exercer (Simpson et Carroll, 2008). La position sociale de médecin, par exemple, bien que définie institutionnellement (par leur formation initiale, par les textes de loi, par le code de déontologie, par les syndicats

professionnels...), ne va pas totalement de soi. Les médecins, selon leur spécialité, leurs conditions d'exercice, ou encore leur type de patients, vont devoir réinterpréter leur rôle pour l'adapter à leur contexte d'action : priorisation de l'activité d'urgence, utilisation du matériel mis à disposition, réconfort d'une famille suite à un décès... Ce rôle réinterprété va être remis en acte dans des circonstances similaires, éventuellement se transformer en routine, voire se réinstitutionnaliser. C'est notamment le cas de l'intégration de la relation au patient dans la formation initiale des médecins.

Dans cette lignée, les travaux plus récents du courant néo-institutionnel montrent que les pressions institutionnelles ne sont pas inaltérables et que les actions individuelles peuvent modifier les institutions, et donc les standards et rôles qu'elles produisent (Barley et Tolbert, 1997). En effet, Chreim et al. (2007) en étudiant les influences interniveaux (institutionnelles, organisationnelles, individuelles) sur la reconstruction de l'identité du rôle de médecin, proposent que cette reconstruction individuelle peut également favoriser l'émergence de nouveaux standards pour la profession. De même, Reay et al. (2006), analysant le développement de nouvelles pratiques de soin auprès d'infirmières, mettent en évidence la légitimation émergente de leur nouveau rôle par des microprocessus de changement. Le rôle comme structure sociale, développé par les structuralistes, est donc mis en question. La place de l'interaction individuelle dans la structuration du rôle – et de la structuration sociale dans l'interaction individuelle – constitue une perspective émergente : celle du rôle comme semi-institution ou institution intermédiaire (au sens de Barley et Tolbert, 1997).

Nous considérons donc le rôle de responsable de pôle (ou médecin-gestionnaire) comme un rôle semi-institutionnalisé : il est prescrit par la réforme de la nouvelle gouvernance hospitalière, par les instances de régulation, par les établissements hospitaliers, ainsi que par les collaborateurs proches, mais reste négociable et ajustable en fonction des besoins du contexte par les individus qui l'occupent. Cependant, d'un point de vue processuel, nous pouvons nous demander si la période de transition d'un rôle à l'autre permet également cet ajustement au rôle.

1.1.2. La transition de rôle comme processus d'ajustement

La littérature identifie la transition selon deux approches : d'une part comme un processus contraignant, obligeant l'individu à s'adapter aux exigences de son rôle ; d'autre part, comme

un processus affranchissant, permettant à l'individu d'adapter les exigences de son rôle à ce qu'il est. Nous présentons ici ces deux perspectives avant d'expliquer notre positionnement intermédiaire.

Nous envisageons une transition de rôle comme un « mouvement psychologique, voire physique, qu'effectue un individu lorsqu'il passe d'une position à une autre » (Ashforth, 2001, p. 7). Une transition de rôle peut être de deux types : micro (intra-rôle) ou macro (inter-rôle) (Ashforth, 2001 ; Louis, 1980). Les premières décrivent les mouvements pour des rôles tenus successivement par un individu – c'est par exemple le cas des transitions du rôle professionnel vers le rôle familial (et inversement). Les secondes traitent, quant à elles, des mouvements lorsque les rôles sont tenus simultanément – il s'agit alors d'une transition de carrière, d'un changement de poste ou d'emploi. Nous nous focalisons dans cette thèse sur une transition de rôle macro, puisqu'elle concerne l'évolution de carrière du rôle de médecin vers celui de responsable de pôle.

La transition de rôle comme recherche d'un ajustement par l'individu

Dans une première approche, la littérature considère que, pour mener à bien une transition, pour qu'il y ait adéquation entre l'individu et son rôle, l'individu doit se conformer à son nouveau rôle. Dans ce cas, c'est l'organisation, via le rôle, qui oblige l'individu à changer. Cette approche est majoritairement traitée par la littérature sur la socialisation, du point de vue de l'organisation. La socialisation correspond au processus par lequel des individus acquièrent les valeurs, croyances, normes, compétences, et autres attributs nécessaires à la conduite favorable de leur rôle et au bon fonctionnement au sein du contexte local et de l'organisation (Ashforth, 2001 ; Fischer, 1986 ; Van Maanen et Schein, 1979).

Pour Van Maanen et Schein (1979) et Schein (1986), il existe six formes de tactiques de socialisation : les tactiques collectives, où les nouveaux arrivants sont regroupés et confrontés à un ensemble commun d'expériences (il s'agit par exemple des séminaires de formation) ; les tactiques formelles, où les individus sont séparés de leurs collègues habituels (des réunions d'informations ou d'accompagnement collectif) ; les tactiques séquentielles, où les individus sont rapprochés progressivement des conditions de travail finales (le contrat d'apprentissage en entreprise) ; les tactiques fixes, où les nouveaux arrivants sont systématiquement soumis à un même programme d'accession au rôle (par exemple, l'arrivée dans le rôle de médecin hospitalier suit un processus standardisé : concours, formation initiale, internat...) ; les

tactiques consécutives, où les individus sont accompagnés par un membre de l'organisation, qui a lui-même été accompagné par un membre de l'organisation, etc. (le tutorat et le parrainage en sont des exemples) ; les tactiques d'investiture, où les nouveaux arrivants sont sélectionnés et reconnus pour leurs valeurs et compétences, proches de celles de l'organisation et du rôle (l'intervention de cabinets de recrutement est un exemple typique de ce type de pratique).

Du point de vue du nouvel arrivant, la littérature aborde l'ajustement par l'individu comme un apprentissage de rôle. Cet apprentissage concerne le rôle en lui-même, mais aussi le contexte dans lequel il est ancré. Morrison (1995) identifie plusieurs types d'informations nécessaires à l'apprentissage d'un rôle : les informations techniques sur les tâches à accomplir ; les informations de référence liées aux attentes du rôle ; les informations d'ordre social relatives aux relations de travail ; les informations d'appréciation concernant les modalités d'évaluation personnelle ; les informations normatives relatives à la culture organisationnelle ; les informations factuelles concernant la structure, les procédures, et les produits et services ; et les informations politiques relatives à la répartition du pouvoir (Chao et al., 1994 ; Comer, 1991 ; Miller et Jablin, 1991 ; Morrison, 1993 ; Ostroff et Kozlowski, 1992). Cet apprentissage du rôle peut être plus ou moins proactif. Généralement, la littérature considère l'individu comme passif dans sa socialisation. Il est le sujet des pratiques mises en œuvre par l'organisation (Bauer et al., 1998 ; Saks et Ashforth, 1997). Toutefois, les travaux plus récents mettent l'accent sur l'initiative de l'individu dans son adaptation au rôle, qui va rechercher par lui-même les informations et les connaissances liées au rôle. On parle alors d'apprentissage proactif (Koslowsky et al., 1995, cité par Ashforth, 2001). L'individu peut, par exemple, questionner ses collègues, observer les situations de travail, ou encore tester certains comportements (Ashford et Black, 1996 ; Miller et Jablin, 1991 ; Ostroff et Kozlowski, 1992).

La transition de rôle comme recherche d'un ajustement par le rôle

Dans une deuxième approche, la transition de rôle est envisagée comme un processus donnant de l'initiative à l'individu. Dans cette perspective, l'occupant du nouveau rôle ne s'adapte pas personnellement : il va demander à son rôle de s'adapter à lui. Selon Ashforth (2001), une transition de rôle correspond à un phénomène de changement individuel, proche de celui évoqué par Lewin (1951, cité par Ashforth, 2001) au niveau organisationnel. L'individu, dans

son rôle, se trouverait en état de quasi-équilibre au sein d'un champ de forces opposées. Simultanément, des forces agiraient en faveur de son maintien dans le rôle, alors que d'autres feraient pression pour son départ du rôle. Par exemple, un médecin hospitalier peut percevoir à la fois des bénéfices à rester dans son rôle (métier valorisant, rémunération satisfaisante, autonomie dans son travail...), mais aussi des coûts (stress important, conditions matérielles de travail insuffisantes, mauvaise entente entre confrères...). Cependant, les bénéfices l'emportant sur les coûts, ce médecin choisira de rester dans son rôle. Par contre, si ces forces changent – par exemple, une forte dégradation de l'ambiance de travail – l'individu peut se retrouver en situation de « dégel » (Lewin, 1951, p. 228) où l'équilibre des forces n'existe plus. Proactivement, l'individu va alors rechercher un nouvel équilibre en sortant de son rôle : soit en trouvant de nouveaux bénéfices dans son rôle – investissement dans de meilleurs matériels par exemple –, soit en prenant un nouveau rôle dans lequel les forces sont équilibrées – changement d'établissement par exemple. Cette adaptation du rôle initiée par l'individu, correspond à une situation de « regel » (Lewin, 1951, p. 228).

Plus généralement, la littérature envisage ce phénomène d'ajustement du rôle aux exigences de l'individu comme une innovation de rôle (Van Maanen et Schein, 1979 ; West, 1987), ou un comportement spontané et novateur (Katz et Kahn, 1966). L'innovation de rôle correspond au « modelage du rôle pour satisfaire les exigences de l'individu, allant d'initiatives mineures telles que la modification des horaires de travail, à des innovations de rôle plus importantes comme le changement des principaux objectifs de travail organisationnels » (Nicholson et West, 1988, cités par Ashforth, 2001). En étudiant les révisions de tâches au sein d'organisations, Staw et Boettger (1990) proposent que plus le rôle est nouveau, plus ses objectifs et ses activités sont imprécis, plus la créativité est recherchée, plus le contexte est dynamique, et plus les individus sont responsabilisés à l'égard des résultats, alors plus l'innovation de rôle sera appropriée et utile pour l'organisation. Celle-ci sera par exemple plus saillante dans le cas des transitions de rôle de professionnels, car ces derniers jouissent d'une forte autonomie dans leur travail – bien qu'ayant des objectifs clairs, leurs moyens pour y tendre restent vagues (Ashforth, 2001). L'initiative individuelle dans la transition de rôle peut prendre également une forme extrême : la création du nouveau rôle par l'individu, lorsque celui-ci dispose d'une autonomie d'action élevée (voir notamment Reay et al., 2006 ; Wrzesniewski et Dutton, 2001).

La transition comme recherche d'ajustements mixtes

Nous inscrivons ce travail dans une posture intermédiaire à ces deux approches : celle de l'interaction entre l'individu et son rôle (voir notamment Ashforth et Sakes, 1995 ; Dawis, 2005, cité par Ashforth, 2001 ; Dawis et Lofquist, 1984, cités par Ashforth, 2001 ; Kristof-Brown et al., 2005 ; Munton et West, 1995 ; Neal et Griffin, 2006 ; Nicholson, 1984 ; West et Rushton, 1989). Nous considérons qu'une transition de rôle peut à la fois exiger certaines adaptations de la part de son occupant, mais aussi laisser de l'espace à ce dernier pour qu'il adapte le rôle à ses besoins. Cette approche interactionniste est en partie traitée par les travaux sur l'adéquation individu-emploi (*person-job fit*) et plus globalement sur l'adéquation individu-environnement (*person-environment fit*). Cette adéquation se définit comme « la comptabilité entre un individu et un environnement de travail par la concordance de leurs caractéristiques » (Kristof-Brown et al., 2005). Ces travaux étudient l'adéquation (ou l'inadéquation) entre les exigences d'une situation ou d'un rôle, et les attributs individuels, du point de vue soit des capacités et compétences, soit des besoins et valeurs personnels (Edwards, 1991, cité par Kristof-Brown et al., 2005). Cette littérature, plutôt descriptive, est prolongée par la théorie de l'ajustement du travail (*TWA* pour *Theory of Work Adjustment*) (Dawis, 2005, cité par Ashforth, 2001) ; Dawis et Lofquist, 1984, cités par Ashforth, 2001). Cette théorie traite de l'adaptation initiée par les individus face aux inadéquations précédentes (Niessen et al., 2010). Deux types de comportements d'adaptation sont identifiés lorsqu'il y a inadéquation : le comportement réactif, où l'individu change ce qu'il est pour s'adapter à son environnement ; le comportement actif, où l'individu modifie son environnement pour l'adapter à lui.

Dans cette même logique, la théorie des transitions de rôle de Nicholson (1984) est basée sur l'idée qu'il n'y a pas systématiquement concordance entre les attentes liées au nouveau rôle et l'individu censé l'occuper. La transition consiste alors en des processus d'interactions entre le rôle prescrit et son occupant, visant à les rendre adéquats l'un pour l'autre. Ces interactions, appelées ajustements, sont de deux types. D'une part, il peut s'agir d'ajustements par l'individu, de manière plutôt passive. Ils consistent en des changements liés à la personnalité, aux attitudes, valeurs, compétences, cadres de références, objectifs de carrière, ou encore styles de vie de l'individu (Ashforth et Sakes, 1995 ; Munton et West, 1995 ; Nicholson, 1984). D'autre part, il peut également s'agir d'ajustements par le rôle, de manière plus proactive. Ils correspondent à des modifications dans les objectifs, tâches, méthodes, matériels, ou encore contacts sociaux (Ashforth et Sakes, 1995 ; Munton et West, 1995 ;

Partie I. Une étude globale de la transition vers un rôle de médecin-gestionnaire

Nicholson, 1984). La conjugaison de ces deux processus, considérés comme indépendants, conduit à quatre types d'ajustements envisagés du point de vue de l'individu (voir la figure 5).

Premièrement, la réplique correspond à une absence de quelconque ajustement. Il n'y a ni changement dans les caractéristiques personnelles, ni modification des composants du rôle. L'individu, tel qu'il est, prend le rôle sans chercher à le transformer. Deuxièmement, l'absorption se réfère à une situation d'ajustement de la part de l'individu seulement. Le rôle n'est pas, ou peu altéré. L'individu s'adapte aux attentes du rôle, quitte à faire évoluer fortement de ce qu'il est. Il y a un apprentissage personnel du rôle. Troisièmement, la détermination se rapporte à une situation d'ajustement au niveau du rôle uniquement. L'individu ne s'adapte pas, ou peu, personnellement. Il produit un effort pour transformer le rôle tandis que lui-même conserve son cadre de référence. Il façonne son rôle en fonction de ce qu'il est. Quatrièmement, l'exploration représente un ajustement mutuel de l'individu et du rôle. Le rôle transforme l'individu en même temps que l'individu fait évoluer le rôle. Il peut s'agir soit d'une situation intermédiaire (où individu et rôle ont trouvé un compromis d'ajustement), soit d'une situation totalement inédite.

Ajustement par l'individu

| | <i>Faible</i> | <i>Fort</i> |
|---------------|----------------------|--------------------|
| <i>Faible</i> | Réplique | Absorption |
| <i>Fort</i> | Détermination | Exploration |

Ajustement par le rôle

Figure 5. Les modes d'ajustements aux transitions de rôle (Nicholson, 1984)

Ces ajustements sont cependant dépendants de caractéristiques individuelles, comme la socialisation passée, la motivation, ou encore l'estime de soi ; et situationnelles, telles que la nouveauté du rôle ou l'autonomie qui lui est attribuée (Ashforth et Sakes, 1995 ; Munton et West, 1995 ; Nicholson, 1984 ; West et al., 1987).

Les transitions de rôle, d'un point de vue global, sont donc des processus relativement souples. Bien qu'effectuées dans des cadres structurants (institutions, organisations, rôles...) qui guident et forment en partie le comportement individuel, elles permettent aux nouveaux arrivants de prendre certaines initiatives et même d'innover dans leur rôle. L'individu est soumis à certaines contraintes qui l'obligent à s'adapter, mais peut faire évoluer son rôle pour satisfaire ses propres exigences. Cependant, que se passe-t-il lorsque les individus sont confrontés à un rôle de professionnel-gestionnaire ? Conservent-ils une marge de manœuvre dans la tenue de leur rôle ? Les ajustements sont-ils toujours possibles ? Nous allons étudier ces questionnements dans les paragraphes suivants.

1.2. Les rôles de professionnel-gestionnaire et les conflits de rôle : une blouse mal ajustée pour le médecin

L'arrivée dans un rôle de professionnel-gestionnaire est caractérisée par une plus ou moins grande rigidité. Les professionnels occupant ce type de rôle sont soumis à un contrôle supplémentaire limitant leurs possibilités d'ajustement. Souvent, ils sont aussi confrontés à des tensions de rôle rendant difficile leur transition. L'adéquation individu-rôle est alors difficilement atteignable. Nous allons voir ici que la managérialisation des rôles professionnels consiste en une forme de contrôle organisationnel et/ou institutionnel (1.2.1) et que cette managérialisation conduit souvent à des situations difficilement tenables pour les occupants (1.2.2).

1.2.1. La managérialisation des rôles professionnels : vers des rôles plus rigides

Nous définissons le rôle de médecin-gestionnaire comme un rôle de professionnel hybride, limitant l'autonomie de son occupant et donc les possibilités d'ajuster son rôle. Nous étudions le rôle de professionnel, et l'autonomie qui le caractérise, avant d'envisager son hybridation et ses conséquences sur sa marge de manœuvre.

Les rôles professionnels ou la quête de l'autonomie au travail

La sociologie des professions envisage les médecins comme des professionnels autonomes (Abbott, 1988). Ce courant de recherche distingue les professions des autres métiers à partir de plusieurs critères, qui diffèrent selon les approches (Dubar et Tripier, 2005). Selon l'approche fonctionnaliste, les professions se voient attribuées une mission de service à la population, concurrente du monde marchand, basée sur des compétences scientifiquement fondées et un code de conduite commun établissant leur éthique (Parsons, 1939, cité par Dubar et Tripier, 2005). Selon l'approche interactionniste, les professions assurent une mission spécifique à partir d'une licence qui les autorise à exercer, et dans le cadre d'un mandat qui leur confère un contrôle sur leur activité (Hughes, 1996). Au delà des oppositions entre ces deux approches (niveau d'analyse macro versus micro, profession comme donnée versus profession comme négociée...), la sociologie des professions s'accorde sur au moins une caractéristique des professions : leur autonomie d'action, qui est soit conférée par l'Etat ou les associations dans l'approche fonctionnaliste, soit recherchée dans les rapports de force quotidiens avec les autres professions dans l'approche interactionniste. Dans une perspective intermédiaire, Freidson (2001) envisage les médecins, en tant qu'archétypes professionnels, à partir de deux dimensions. La première est l'expertise d'un savoir, acquis au cours d'une formation initiale longue. Cette expertise leur sert de ressource pour l'action, mais également de pouvoir informel vis-à-vis des autres professions (Crozier et Friedberg, 1977). La seconde est l'autonomie dans le travail, permettant d'autodéfinir leurs conditions d'exercice et leur contrôle. Cette autonomie, associée à l'expertise, leur permet de se dégager des relations hiérarchiques formelles conçues par l'organisation (Mintzberg, 1982 ; Freidson, 2001). Le rôle de professionnel peut donc être décrit comme un rôle malléable, structuré par un code de conduite, mais qui autorise son occupant à l'adapter en situation de travail.

De professionnel à professionnel-gestionnaire : une hybridation de rôle

Une littérature plutôt empirique, évaluant les effets des pratiques du *New Public Management*, étudie l'émergence du rôle de professionnel-gestionnaire (voir notamment Ferlie et al., 1996). Le terme hybride est souvent utilisé pour caractériser ces rôles, et l'hybridation pour décrire le processus de transition vers un rôle hybride (voir par exemple Jacobs, 2005). Le concept d'hybridité, employé en biologie, renvoie à « des arrangements hétérogènes, caractérisés par des origines, des idéaux-types, des cultures, des mécanismes de coordination, des rationalités, ou des logiques d'action pures et incongrues » (Brandsen et al., 2005). L'hybridité concerne notamment les organisations professionnelles publiques et leurs membres, lorsque ceux-ci possèdent à la fois des caractéristiques renvoyant à une logique publique ou professionnelle, et des attributs renvoyant à une logique marchande ou gestionnaire. Dans le cas des professionnels-gestionnaires, l'hybridation consiste à assigner à un professionnel des responsabilités de gestion, à un niveau hiérarchique plus ou moins élevé (Fitzgerald et Ferlie, 2000). Ces responsabilités peuvent prendre la forme de gestion d'équipe et de gestion des ressources humaines pour les niveaux d'encadrement opérationnel et intermédiaire, et de gestion stratégique et de gestion budgétaire pour les niveaux d'encadrement supérieur. L'hybridation concerne notamment les rôles de sergents au sein de la police (Brooks, 1999 ; Butterfield et al., 2004 ; 2005), d'infirmiers (Bolton, 2000 ; 2004) et de médecins dans les hôpitaux (Ashburner et al., 1996 ; Braithwaite and Hindle, 2001 ; Button et Roberts, 1997 ; Ferlie and Shortell, 2001 ; Fitzgerald et Ferlie, 2000 ; Llewellyn, 2001 ; Loubet, 2007). Par exemple, l'hybridation du rôle de médecin consiste à combiner les activités cliniques à des responsabilités d'encadrement intermédiaire lorsqu'il s'agit de chefs de service ; ou à combiner ces mêmes activités à des missions d'encadrement supérieur dans le cas des chefs de pôle.

Les rôles de professionnel-gestionnaire ou la perte d'autonomie dans le travail

Les rôles de professionnel-gestionnaire semblent cependant moins maléables que les rôles archétypes de professionnels, en raison de leur moindre autonomie. Cette perte d'autonomie est expliquée dans la littérature, d'une part, par l'éloignement de leur mission d'expert, et d'autre part, par leur subordination formelle à l'égard de l'organisation. D'abord, les rôles de professionnel-gestionnaire sont caractérisés par un élargissement de leur territoire

professionnel, qui réduit leur légitimité professionnelle. En effet, de nouvelles activités de gestion s'ajoutent à eux, n'appartenant pas à leur mission typique de professionnel. La littérature parle alors d'une déprofessionnalisation (Noordegraaf, 2007 ; Noordegraaf et Van Der Meulen, 2008). Par exemple, la redéfinition du rôle hybride de sergent dans la police anglaise, amène les occupants de ce rôle à perdre certaines de leurs responsabilités professionnelles de terrain, pour assumer en contrepartie des activités de gestion. Par ailleurs, ces activités sont souvent considérées comme peu légitimes professionnellement – par eux et/ou leurs confrères – car ne répondant pas à une expertise reconnue scientifiquement (Fitzgerald et Ferlie, 2000). Cette perte d'expertise peut donc conduire à une perte d'estime et du respect de leur confrères, contraignant leurs perspectives de carrière professionnelle (Llewellyn, 2001). Leur pouvoir s'en trouve menacé, et leur autonomie d'action réduite.

Ensuite, les rôles de professionnel-gestionnaire sont également accompagnés d'un contrôle plus strict de leur activité. En effet, dans une logique de gestion de la performance, ces rôles sont caractérisés par une responsabilisation plus forte à l'égard de la direction, prenant souvent la forme d'une contractualisation – où le professionnel-gestionnaire s'engage à atteindre des objectifs (voir par exemple McNulty et Ferlie, 2004). Dans les hôpitaux publics anglais, la décentralisation du pouvoir est vécue par les médecins directeurs cliniques comme une forme de contrôle de la part de la direction, car les responsabilités de gestion sont exercées dans un cadre restreint avec de faibles moyens (Button et Roberts, 1997). De même, dans la police anglaise, le travail de justification des indicateurs de performance, chronophage, est envisagé par les sergents comme une forme de contrôle de leur activité (Butterfield et al., 2004). L'hybridation du rôle de professionnel conduirait donc également à accentuer la hiérarchie formelle de l'organisation et à marquer la subordination des rôles professionnels. Le rôle de professionnel-gestionnaire constituerait donc un rôle relativement rigide pour son occupant.

1.2.2. La difficile transition vers un rôle de professionnel-gestionnaire

La littérature avance que les individus réalisant une transition vers un rôle de professionnel-gestionnaire sont souvent confrontés à des difficultés d'adaptation. Nous envisageons ici la principale cause de ces difficultés, à savoir les tensions de rôle, avant d'étudier leur impact sur la transition de rôle en termes d'ajustement.

Des professionnels-gestionnaires victimes de tensions de rôle

Une littérature plutôt empirique met l'accent sur la difficulté quasi-systématique pour les professionnels-gestionnaires à achever leur transition de rôle (voir notamment Ashburner et al., 1996 ; Bolton, 2000 ; 2004 ; Braithwaite and Hindle, 2001 ; Brooks, 1999 ; Butterfield et al., 2004 ; Butterfield et al., 2005 ; Button et Roberts, 1997 ; Ferlie and Shortell, 2001 ; Fitzgerald et Ferlie, 2000 ; Llewellyn, 2001). Cette difficulté est souvent qualifiée de tension de rôle (Kahn et al., 1964) et peut être définie comme une situation de stress dans la tenue d'un rôle. Ce stress peut se manifester de plusieurs façons, dont les deux principales sont l'ambiguïté de rôle et le conflit de rôle. L'ambiguïté de rôle renvoie à la perception d'une mauvaise définition des activités et des caractéristiques du rôle, le rendant flou aux yeux de l'occupant. Le conflit de rôle correspond, lui, à une perception d'incompatibilité entre les différents objectifs et activités du rôle, le rendant contradictoire aux yeux de l'occupant. Bien que ces situations de tensions soient vécues par diverses catégories d'acteurs organisationnels – qu'il s'agisse d'encadrants intermédiaires au sein de leur rôle (Allard-Poesi et Perret, 2005 ; Brassier, 2000 ; Commeiras et al., 2003, 2009 ; Guéry, 2005) ou de salariés entre leurs différents rôles professionnels, familiaux, et scolaires (Brunel et Grima, 2010 ; Colle et Christin, 2008) –, la littérature met l'accent sur les difficultés particulières rencontrées par les professionnels-gestionnaires.

La littérature empirique sur les transitions vers des rôles de professionnel-gestionnaire identifie principalement les conflits de rôle comme source de difficultés pour les individus. Kippist et Fitzgerald (2009) définissent ce phénomène comme un conflit professionnel-organisationnel, c'est-à-dire une incohérence vécue par des professionnels entre les exigences de leur employeur et celles de leur profession (Gunz et Gunz, 1994, 2002). Ces conflits de rôle prennent trois formes majeures (Kahn et al., 1964 ; Loubet, 2007). Il peut s'agir tout d'abord de conflits liés aux compétences, où l'occupant ne maîtrise pas techniquement les diverses activités prescrites par ses rôles (Bolton, 2000 ; Butterfield et al., 2004 ; 2005). Il peut également être question de conflits liés aux moyens lorsque l'occupant ne dispose pas des ressources financières, matérielles, ou humaines, lui permettant de tenir ses rôles (Bolton, 2004 ; Button et Roberts, 1997 ; Kirkpatrick et Ackroyd, 2003). En outre, ces conflits peuvent être d'ordre temporel quand la durée de réalisation des tâches exigées par les rôles est perçue comme difficilement gérable par l'occupant du rôle (Butterfield et al., 2004 ; 2005 ; Fitzgerald et Ferlie, 2000). Dans toutes ces situations, les difficultés sont imputables soit à

une mauvaise définition du rôle, soit à un manque d'assimilation personnelle du rôle. Les ajustements entre le rôle et l'individu semblent alors peu évidents.

Un ajustement au rôle de professionnel-gestionnaire possible mais défavorable

Cette même littérature montre que des ajustements au rôle de professionnel-gestionnaire peuvent toutefois avoir lieu, mais résultant d'un détournement des objectifs du rôle. Button et Roberts (1997) mettent en évidence que les médecins directeurs cliniques dans les hôpitaux anglais se focalisent sur leurs activités opérationnelles et leurs relations avec leurs confrères, au détriment des activités de gestion et des contacts avec la direction. La gestion de la performance est mise de côté. Ashburner et al. (1996) montrent que ces mêmes médecins choisissent la protection de leurs intérêts professionnels plutôt qu'une intégration stratégique risquée. Llewellyn (2001) met également en évidence que certains médecins directeurs cliniques préfèrent marginaliser leurs activités managériales pour ne pas accroître leur charge de travail et ne pas perdre leur légitimité professionnelle.

Concernant les hôpitaux publics français, Dechamp et Romeyer (2006) montrent aussi que les médecins responsables de pôle tendent à s'approprier leur rôle de manière corporatiste, en privilégiant une approche professionnelle qui leur permet de réaffirmer leur pouvoir, plutôt qu'en respectant les règles édictées. Cette appropriation leur permettrait ainsi de ne conserver que l'autonomie qui leur est conférée, et ainsi de rejeter les responsabilités de management sur les autres membres du pôle.

Dans les hôpitaux anglais, Bolton (2004) révèle que les infirmières cadres, bien que se rapprochant de la direction afin de valoriser leur rôle et prendre du pouvoir dans l'organisation, n'adoptent pas leur rôle de la manière souhaitée par l'établissement, et réinterprètent constamment les prescriptions hiérarchiques. Enfin, dans le cas de la police anglaise (Butterfield et al., 2005), les sergents, soumis aux exigences simultanées de la direction et de leur personnel, se rattachent naturellement à leurs pairs, au niveau opérationnel, plutôt qu'à leurs supérieurs hiérarchiques. Ce rattachement conduit les individus à adapter les indicateurs d'évaluation aux besoins du terrain, sans tenir compte de la performance organisationnelle. Le rôle de professionnel-gestionnaire serait donc bien

ajustable aux besoins de ses occupants, mais cet ajustement ne conduirait pas à la tenue du rôle prescrit.

La question de la transition vers un rôle de professionnel-gestionnaire est donc davantage problématique que celle étudiée de manière générique par la littérature. En effet, non seulement les rôles de professionnel-gestionnaire sont caractérisés par une forte rigidité du fait du contrôle managérial exercé sur eux, contraignant ainsi leurs possibilités d'ajustement, mais ils sont également sujets à des conflits fragilisant leur capacité d'adaptation et de réussite de la transition. Logiquement, nous interrogeons dans cette première partie de thèse les possibilités d'ajustement conférées aux médecins lors de leur transition vers un rôle de professionnel-gestionnaire. Nous soulevons donc une première question de recherche :

Question de recherche n°1 :

Par quels ajustements un médecin peut-il mener sa transition vers un rôle de médecin-gestionnaire ?

Pour répondre à ce questionnement théorique, nous avons choisi de conduire une étude empirique exhaustive auprès de médecins en transition vers un rôle de responsable de pôle hospitalier. Le prochain chapitre va donc être destiné à présenter et expliquer la démarche méthodologique que nous avons adoptée afin de mener cette étude, autant en ce qui concerne le choix de nos terrains d'investigation que les méthodes d'analyse que nous avons employées.

CHAPITRE 2. UNE ETUDE EXHAUSTIVE DE LA TRANSITION VERS LE ROLE DE RESPONSABLE DE POLE AU SEIN DE DEUX HOPITAUX

Pour répondre à notre question de recherche précédemment posée, nous avons opté pour l'adoption d'une démarche de recherche qualitative, avec pour projet l'étude de la transition de médecins vers le rôle de responsable de pôle hospitalier, rôle semblable à celui de professionnel-gestionnaire. Dans le cadre de cette démarche, nous avons tout d'abord effectué une étude des ajustements « rôle-individu » auprès de deux cas d'établissements hospitaliers et de leurs 22 médecins en transition, nous permettant d'analyser les éventuelles variations organisationnelles (2.1). Ensuite, notre démarche a consisté en l'analyse thématique des matériaux récoltés, via la définition de règles de codage à la fois théoriques et émergeant spontanément de nos matériaux (2.2). Ce deuxième chapitre a donc pour vocation d'expliquer notre démarche empirique d'étude de la transition vers le rôle de responsable de pôle.

2.1. L'étude de deux cas d'établissements hospitaliers et de leurs médecins en transition

Dans le cadre de cette recherche, nous avons choisi d'effectuer une étude de cas multiples (Yin, 2003) auprès de la quasi-totalité des responsables de pôle de deux établissements hospitaliers – 22 au total –, les responsables de pôle correspondant à notre unité d'analyse, et les établissements au contexte (Hlady-Rispa, 2002). Notre choix d'une étude de cas multiples n'est pas lié à un souhait d'accroître la capacité de généralisation de nos résultats. Il est issu de notre volonté, d'abord d'élargir l'exploration de notre question de recherche et l'élaboration théorique (Eisenhardt et Graebner, 2007) ; ensuite de comprendre et d'expliquer de manière approfondie (Miles et Huberman, 2003) les éventuelles influences de la structure sociale – à savoir, ici, l'organisation et les règles institutionnelles – sur les phénomènes de transitions de rôle que nous étudions (Glaser et Strauss, 1967, cités par Miles et Huberman, 2003).

Corollairement, nous avons sélectionné, au-delà d'organisations, deux formes institutionnelles dont les règles de fonctionnements, fixées par les statuts publics, diffèrent plus que sensiblement. Aussi, la forme organisationnelle (et surtout la taille) de ces deux

établissements a constitué un autre critère de choix. Enfin, c'est la proximité géographique et la facilité d'accès au terrain, comme opportunisme méthodique (Girin, 1989), qui a déterminé notre sélection des deux établissements spécifiques. Les prochains paragraphes ont vocation à présenter symétriquement les deux établissements étudiés – à savoir un Centre Hospitalier Universitaire (2.1.1) et un Centre Hospitalier (2.1.2) –, leur processus respectif de mise en place des pôles d'activité, ainsi que leurs règles spécifiques d'accompagnement des responsables de pôle dans leur nouveau rôle.

2.1.1. Le Centre Hospitalier Universitaire sélectionné

Le premier cas d'investigation que nous avons choisi est un Centre Hospitalier Universitaire (CHU). Statutairement, le CHU est le plus complexe des différents types d'établissements de soins existant en France. Il a une visée régionale, mobilisant des activités pointues, spécifiques. Etant lié juridiquement à une université, il a également une mission d'enseignement et de recherche, faisant de lui un lieu de formation et d'étude qui mobilise du personnel supplémentaire : les médecins-enseignants-chercheurs, ayant une triple activité, à savoir de pratique clinique, d'enseignement et de recherche (correspondant aux grades de MCU-PH : Maître de Conférence des Universités-Praticien Hospitalier ; et PU-PH : Professeur des Universités-Praticien Hospitalier), ainsi que les internes, étudiants en phase d'apprentissage d'une discipline médicale sur le terrain.

Par rapport aux autres hôpitaux, les CHU, plus massifs au niveau de leur taille et de leurs effectifs, ont des lignes hiérarchiques plus longues et plus complexes, avec plusieurs structures internes (pôle, département, clinique universitaire, unité fonctionnelle...), et plusieurs niveaux d'encadrement (responsable de pôle, chef de département, chef de service, chef de clinique,...). Les CHU sont actuellement au nombre de 29 en France². Ces spécificités statutaires et organisationnelles ont donc constitué les principaux motifs de notre choix. Le CHU particulier que nous avons sélectionné pour notre étude, en dehors du fait qu'il réponde à ces critères, est le résultat d'un opportunisme méthodique, provenant à la fois d'une proximité géographique et d'un accès privilégié. L'entrée au sein de ce terrain s'est faite de manière relativement informelle, par la rencontre première des responsables de pôle.

² <http://etablisements.fhf.fr/annuaire/statistiques.php?item=structures>

La structuration des pôles d'activité au sein du CHU étudié

Le CHU étudié dispose de 2 000 lits, et compte environ 9 000 personnels en fonction, dont 1 500 médecins et apparentés. Au moment de notre étude, il se trouve dans une situation financière difficile, puisqu'il connaît un déficit de près de 6,5 millions d'euros, soit environ 1,2% de ses produits d'exploitation. En augmentation par rapport à l'année précédente (4,3 millions d'euros en 2008), ce déficit place l'établissement en 11^{ème} position parmi les 32 CHU français. La mise en place des pôles a débuté dans cet hôpital en 2006 par une phase qualifiée de « pré-pôles », durant laquelle les personnels fonctionnels et les potentiels responsables de pôle ont réfléchi aux modalités de mise en œuvre des nouvelles structures internes : délimitation des logiques et activités des pôles, formalisation de la procédure de nomination des responsables, rédaction des nouvelles fiches de poste, lancement des formations, ou encore prévision des contrats de pôle. La mise en place effective de la réforme a eu lieu dès janvier 2007. Les pôles d'activités du CHU étudié sont au nombre de 24. On trouve des pôles cliniques (12), médico-techniques (6), et administratifs et logistiques (6) (voir le tableau 1).

| Pôles d'activité cliniques | Pôles d'activité médico-techniques | |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Urgences-SAMU-SMUR ✓ Anesthésie-Réanimation ✓ Tête-cou et chirurgie réparatrice ✓ Cardio-vasculaire et thoracique ✓ Cancérologie ✓ Digidune ✓ Médecine aiguë et communautaire ✓ Pluridisciplinaire de médecine ✓ Couple-enfant ✓ Psychiatrie et neurologie ✓ Appareil locomoteur Sud et gériatrie Chisse ✓ Rééducation et physiologie. | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Imagerie ✓ Biologie ✓ Pharmacie ✓ Santé publique ✓ Recherche ✓ Centre de gestion des blocs | |
| | Pôles d'activité administratifs et logistiques | |
| | | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Management et ressources humaines ✓ Pilotage médico-économique ✓ Systèmes d'information ✓ Hôtellerie, biomédical, logistique ✓ Patrimoine et sécurité ✓ Formation |

Tableau 1. Les pôles d'activité du CHU étudié

Chacun des pôles cliniques et médico-techniques (ceux qui nous intéressent dans ce travail) est dirigé par un médecin (PU-PH ou MCU-PH), assisté par un cadre soignant (CSS : Cadre Supérieur de Santé) et un cadre administratif (AAH : Attaché d'Administration Hospitalière), et supervisé et conseillé par un directeur référent (DH : Directeur d'Hôpital). L'organisation de cette gouvernance polaire est toutefois assez complexe, puisque les cadres coordonnateurs peuvent être jusqu'à deux par pôle (lorsque la taille du pôle dépasse un seuil critique), les cadres administratifs partagent leur fonction sur deux pôles (à l'exception des pôles à taille critique, auxquels ils sont totalement dédiés), et les directeurs référents, en plus de responsabilités de gestion concernant les différents sites du CHU, supervisent entre deux et quatre pôles (en fonction là aussi de la taille des pôles). Seule l'unité de responsable de pôle est finalement l'invariable dans ce système (à l'exception toutefois d'un médecin du CHU, qui exerce deux responsabilités de pôle simultanément).

Comme la réforme le prévoit, chaque responsable de pôle est engagé par contractualisation à l'égard de la direction générale. Toutefois, ce contrat de pôle n'a pas été signé dans tous les pôles en 2007, certains responsables n'ayant été finalement désignés que plus tardivement. A partir de 2008, cette contractualisation a cependant eu lieu, sous forme d'un contrat glissant dans la plupart des cas, c'est-à-dire signé en fin d'année dans l'optique de valider des projets déjà en cours.

La nomination des responsables de pôle au sein du CHU étudié

Les médecins responsables de pôle ont été nommés pour quatre ans par le directeur général, accompagné du président de la commission médicale d'établissement (CME), selon une procédure relativement floue. En effet, bien que la démarche officiellement établie suive le dispositif prévu par la loi, les critères de sélection utilisés, ainsi que la procédure de candidature restent obscurs et construits ad hoc. La preuve en est du fait que, d'une part, chacun des responsables de pôle étudiés semble avoir vécu une démarche différente de ses confrères ; et, d'autre part, les processus que les responsables de pôle décrivent sont quasi-systématiquement incomplets. Toutefois, quelques régularités dans les pratiques de nomination ressortent.

Concernant les critères de sélection, les compétences en gestion n'ont pas été particulièrement prises en compte, à l'exception parfois de l'expérience d'encadrement de structures

médicales. La plupart du temps cependant, c'est le consensus relationnel (le médecin qui est en bons termes avec ses confrères et le personnel) et la reconnaissance parmi les pairs (celui qui est statutairement légitime) qui a joué un rôle prépondérant dans la décision de nomination. Par exemple, nous notons que très peu de médecins non-universitaires ou maîtres de conférence ont pu accéder à ces postes. La quasi-totalité (sauf une exception) est PU-PH (le plus haut grade).

Concernant la procédure, les choix de candidature ont été laissés aux médecins eux-mêmes, avec parfois l'assistance du président de CME. Des votes ont alors eu lieu au sein même des pôles pour désigner le candidat final – bien que rares soient les pôles à avoir eu plusieurs candidats. La direction n'a alors eu qu'à valider le processus. Dans quelques rares cas, le directeur général et le président de CME ont dû trancher, mais de manière préventive, en demandant à d'autres médecins moins controversés de postuler. Le candidat contesté a alors été naturellement rejeté par ses pairs. La nomination des responsables de pôle au sein de ce CHU a donc suivi un processus relativement informel et obscur.

L'accompagnement des responsables de pôle au sein du CHU étudié

Suite à leur nomination, les responsables de pôle du CHU étudié ont été intégrés dans un processus d'accompagnement léger, mis en place par la direction générale adjointe. Celui-ci s'est appuyé sur des pratiques de communication, des actions de formation, et l'attribution d'outils de gestion. D'abord, les actions de communication se sont faites, soit de manière spécifique, soit à l'occasion de réunions déjà existantes. Ces actions de communication ont consisté en l'explication, par la direction générale, de la démarche de mise en œuvre de la nouvelle gouvernance, des principes de contractualisation, ou encore des missions assignées aux responsables de pôle.

Ensuite, les formations qui ont été programmées par la direction ont été de deux types. Les premières, effectuées par Sciences Po Paris sur deux jours, et destinées à la découverte des « outils fondamentaux du management », avaient vocation à présenter aux responsables de pôle les grands principes du management ainsi que de leur donner des instruments pratiques pour gérer leur pôle. Les secondes, coordonnées par le ministère de la santé au niveau national, pendant une journée, et axées sur « les réformes », avaient pour but de leur expliquer

les différentes mesures impliquées dans le cadre de la nouvelle gouvernance : la contractualisation interne, la T2A, ou encore l'organisation territoriale de l'offre de soins.

Enfin, trois principaux outils ont été attribués aux responsables de pôle concernant la gestion de leur pôle. Premièrement, un profil de poste, conçu par la direction générale adjointe et un groupe projet, qui regroupe toutes les missions et activités assignées, compétences requises, ou encore les liens hiérarchiques du responsable de pôle (voir l'encadré 3). Deuxièmement, un guide de délégation de gestion, réalisé par l'ingénieure organisation et méthode de l'établissement en collaboration avec un groupe projet dédié, recensant toutes les activités de gestion confiées aux responsables de pôle (gestion financière, gestion des ressources humaines...), les procédures respectives qui les régissent, et les profils de postes des différents membres de la direction du pôle (dont celui de responsable de pôle). Troisièmement, un outil informatique, baptisé « Dashboard », mis en place par la direction des systèmes d'informations, permettant de suivre l'évolution des effectifs du pôle. Pour ces deux outils, une présentation de leur utilisation a été faite aux responsables de pôle.

Encadré 3. Extrait du profil de poste du responsable de pôle du CHU étudié

Management

Il organise le fonctionnement technique du pôle dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités prévues dans le contrat.

Il coordonne la réalisation des actions d'amélioration de la qualité, de gestion des risques et des évaluations des pratiques professionnelles

Il nomme les praticiens titulaires responsables des cliniques et unités.

Il assure, le cas échéant, la coordination avec les autres responsables de pôle

Il donne son avis sur le recrutement du cadre supérieur de santé et du cadre administratif qui l'assistent.

Animation

Il préside et anime le Conseil et le Bureau de pôle.

Il anime les équipes au sein du pôle.

Il conduit la politique de communication et d'information au sein du pôle.

Gestion

Il bénéficie de la part du directeur général d'une délégation de gestion, dans les conditions fixées dans le « Guide de délégation de gestion ».

Il suit l'exécution du contrat et prend les mesures nécessaires à son respect.

Il produit le bilan annuel de réalisation du contrat de pôle et le présente au conseil exécutif.

Il réalise le bilan annuel des actions prévues dans le projet de pôle

Malgré les efforts apparents de la direction, cet accompagnement a été relativement léger concernant l'apprentissage du travail quotidien de responsable de pôle. La légèreté de ce processus d'accompagnement se retrouve dans le discours des responsables de pôle, qui ne se souviennent plus des formations qu'ils ont suivi, ni mêmes des outils qui leur ont été donnés. Au-delà de cet accompagnement, nous pouvons également noter que peu de rencontres sont organisées, dans le fonctionnement courant de l'établissement entre les différents responsables de pôle. Au moment de notre étude, seules trois réunions plénières ont été réalisées avec l'ensemble des équipes de pôle (le responsable de pôle et ses assistants). Aucune réunion n'est consacrée aux responsables de pôle seuls.

2.1.2. Le Centre Hospitalier sélectionné

Le second cas d'investigation que nous avons choisi est un Centre Hospitalier (CH). Statutairement, le CH est l'un des plus simples établissements hospitaliers français. C'est aussi celui qui est le plus représenté en nombre, puisqu'on compte actuellement 500 structures³. Contrairement au CHU, sa mission est unique (le soin) et sa portée est plus générale (les spécialisations étant moins poussées). Ce second terrain a été choisi dans l'optique de nuancer les résultats obtenus dans le premier établissement. En effet, travailler avec un CH nous permet de modérer les spécificités du CHU concernant notamment le statut encore plus mixte des médecins – ceux-ci étant, rappelons-le, à la fois médecins, enseignants-chercheurs, et gestionnaires dans le CHU, et uniquement médecins et gestionnaires dans le CH. Le CH étudié permet donc de nous focaliser sur des responsables de pôle n'ayant ni

³ <http://etablissements.fhf.fr/annuaire/statistiques.php?item=structures>

activités d'enseignement, ni activités de recherche. Ici, les médecins ont le grade de Praticiens Hospitaliers (PH).

Contrairement aux CHU, les CH ont une organisation interne plus simple (pôles et services), avec des lignes hiérarchiques plus directes (responsable de pôle et chef de service). Ces spécificités statutaires et organisationnelles, et leur contraste avec les caractéristiques du CHU sélectionné, ont constitué les raisons majeures de notre choix. A l'instar du CHU, le CH précis pour lequel nous avons opté comme second terrain d'investigation, est le résultat d'un opportunisme méthodique, en raison d'une proximité géographique. Nous n'avons pas pour cet établissement de contacts privilégiés nous facilitant son accès. La prise de contact a donc été plus formelle, exigeant une rencontre prioritaire avec le directeur général.

La structuration des pôles d'activité au sein du CH étudié

Moins grand que le CHU précédemment décrit, le CH étudié compte 1 000 lits et environ 2 000 agents, dont un peu plus de 200 médecins. Au moment de notre étude, l'établissement se trouve également dans une situation financière difficile, puisqu'il est en déficit. Il nous a cependant été impossible d'accéder à des données précises. Nous ne pouvons donc pas le situer par rapport aux autres établissements au niveau national, ni en dire davantage sur l'évolution de sa situation. La mise en place des pôles s'est officiellement faite en 2007, mais, dès 2003, les principaux regroupements de service avaient déjà été effectués, sous la forme de collèges médicaux – dirigés par des médecins coordonnateurs de collège médical. Ces collèges médicaux n'avaient cependant pas la même portée que les pôles d'activité. En effet, leur but n'était pas d'initier des contractualisations, ni même de déconcentrer la gestion à un niveau hiérarchique plus bas, mais plutôt de favoriser les projets transversaux entre disciplines d'un même collège, et de simplifier les interactions entre les médecins et la direction (le directeur général voyant, comme pour les pôles, le nombre de ses interlocuteurs directs diminuer).

L'instauration des pôles à proprement parler, en tant que regroupements, ne semble avoir été qu'une formalité dans cet établissement car la quasi-totalité des pôles d'activité créés a repris les mêmes contours établis pour les collèges médicaux (à l'exception d'un pôle, découpé en deux pour en diminuer la taille). Les différentes procédures (création des contrats de pôle, rédaction des fiches de poste, lancement des formations,...) se sont mises en place de manière

Partie I. Une étude globale de la transition vers un rôle de médecin-gestionnaire

émergente, la réforme se façonnant au grès du fonctionnement antérieur. Les pôles du CH étudié sont au nombre de 10, constitués de pôles cliniques (7), médico-techniques (1), et administratifs (2) (voir le tableau 2).

| Pôles d'activité cliniques | Pôle d'activité médico-technique |
|---|----------------------------------|
| ✓ Urgences-Réanimation ✓ Chirurgie-Bloc-Anesthésie ✓ Médecine et pathologie vasculaire ✓ Médecine et oncologie ✓ Femme-enfant ✓ Psychiatrie ✓ Gériatrie | ✓ Médico-technique |
| | Pôles d'activité administratifs |
| | ✓ Management ✓ Ressources |

Tableau 2. Les pôles d'activité du CH étudié

Chaque pôle clinique et médico-technique est dirigé par un médecin (PH) assisté par un cadre soignant (CSS), et supervisé et conseillé par un directeur délégué (correspondant dans sa fonction globale au directeur référent du CHU étudié). Pour des raisons financières et de taille des structures, les équipes de pôle ne disposent pas pour l'instant de cadres administratifs. L'organisation de cette gouvernance polaire est relativement plus simple que celle adoptée au sein du CHU que nous étudions. D'abord, chaque pôle ne compte qu'un seul cadre coordonnateur. Ensuite, les directeurs délégués, parallèlement directeurs fonctionnels (DRH, DAF, voire même directrice des soins), ne se voient affecter que deux pôles à superviser. Enfin, les responsables de pôle ne sont touchés par aucune exception, puisqu'aucun d'eux n'est à la tête de deux pôles.

Là aussi, suivant les exigences de la réforme, un contrat de pôle engage les responsables de pôle auprès de la direction générale. Ce contrat a cependant la particularité ici d'être envisagé sur quatre ans, avec une révision programmée annuellement. Au moment de notre étude, les objectifs chiffrés étaient peu mis en avant dans ces contrats, la direction générale souhaitant que cette logique quantitative se développe progressivement parmi les responsables de pôle et

leurs équipes. Par exemple, une règle d'intéressement a été mise en place par l'établissement, stipulant que toute réorganisation permettant une économie de personnels donnait lieu à la récupération de la moitié des postes économisés dans le pôle pour la réalisation de projets spécifiques.

La nomination des responsables de pôle au sein du CH étudié

Au niveau de sa procédure, la nomination des responsables de pôle est un peu plus claire et uniforme au sein de ce CH. Ce processus a été largement dépendant de la nomination des coordonnateurs de collège médical, ayant eu lieu en 2003. En effet, à cette occasion, la direction générale a demandé aux médecins intéressés par ces postes de candidater, et au personnel des collèges de voter pour l'élection de leur représentant médical. Un aspect assez formel ressort de cette démarche, avec par exemple l'utilisation d'affiches de candidatures. En 2006, une procédure identique a été mise en place au sein des pôles - le contour des pôles étant resté le même que celui de la très grande majorité des collèges médicaux. Aussi, quasi-systématiquement, le médecin précédemment nommé coordonnateur de collège médical est devenu responsable de pôle, à l'exception du seul coordonnateur dont le collège a été découpé. Le directeur général, accompagné du président de CME, n'a ensuite eu qu'à valider les décisions des pôles, aucune contestation de ces choix n'ayant eu lieu à son niveau. La procédure a donc été globalement la même que celle utilisée dans le CHU étudié. Elle a simplement débuté plus tôt, et revêtu un caractère plus officiel.

Au niveau des critères de sélection des responsables de pôle, les règles sont toutefois encore plus floues que celles utilisées au sein du CHU étudié. En effet, ici, aucun critère précis n'a été mobilisé par la direction générale pour le choix aussi bien des coordonnateurs de collège médical, que des responsables de pôle. Dans les deux cas, la décision a été laissée au personnel de pôle, et n'a jamais été remise en question par le directeur général et le président de CME. La question des compétences techniques a donc été largement occultée par la direction. En revanche, la motivation personnelle a joué un rôle important dans cette sélection. En effet, à l'inverse du CHU, les candidatures ont été plus spontanées et actives, la moitié des responsables de pôle affirmant clairement avoir voulu ce poste et avoir "fait campagne" au sein de leur pôle pour défendre leur candidature. A l'inverse du CHU également, les responsables de pôle ne sont pas systématiquement ceux ayant eu la plus longue expérience de gestion de structures médicales. Bien que le consensus relationnel ait pu

jouer dans la décision du personnel (il nous est évidemment difficile de le confirmer), la dimension de la légitimité statutaire, étant donné sa moindre pertinence dans un CH (les grades que peuvent avoir les médecins ne sont pas aussi nombreux que dans un CHU), n'a finalement pas eu un impact fort sur le choix. La nomination des responsables de pôle au sein de ce CH a donc suivi une procédure plus formelle qu'au sein du CHU, mais relativement plus obscure dans ses critères de sélection.

L'accompagnement des responsables de pôle au sein du CH étudié

A la suite de leur nomination, les responsables de pôle du CH étudié ont également été intégrés dans un processus d'accompagnement à leur prise de fonction. Là aussi, le processus mis en place par la direction générale s'est avéré léger. Comme pour le CHU, il s'est concentré principalement sur la communication, la formation des responsables de pôle, ainsi que l'attribution d'outils de gestion. D'abord, concernant la communication, celle-ci a surtout été concentrée sur une soirée d'information préparatoire, organisée par la direction générale, de 18h à 22h, pour l'ensemble des personnels concernés. Cette soirée a consisté en une séance de discussion et de questions-réponses autour de la réforme de la nouvelle gouvernance entre le personnel et la direction (au travers de la méthode MétaPlan). Cette soirée d'information et de discussion avait pour objectif de mettre en avant les principaux questionnements des futures équipes de pôle, en vue de les approfondir au cours d'une prochaine formation.

Ensuite, concernant les formations effectuées, celles-ci ont été de deux types. Une première formation, plutôt formelle, à l'initiative du ministère de la santé, a été réalisée afin de présenter aux responsables de pôle les différentes mesures comprises dans la réforme de la nouvelle gouvernance. L'initiative étant nationale, cette formation a été la même que celle mise en place dans le CHU étudié. La deuxième formation, moins formelle, a été l'initiative du directeur général, souhaitant répondre plus précisément aux questionnements soulevés par les équipes de pôle. Cette formation a été organisée à l'extérieur du CH, dans un relais-château, pendant une journée et demie. A cette occasion, le directeur général a choisi de faire intervenir deux personnes directement impliquées au niveau national dans le dispositif d'accompagnement de la réforme, ainsi qu'un groupe de musiciens formateur en management.

Enfin, concernant les outils fournis aux responsables de pôle pour la facilitation de leur rôle, la direction des affaires financières et la personne responsable du contrôle de gestion ont

choisi de leur faire parvenir, chaque mois, des indicateurs d'activité concernant les réalisations et les prévisions du pôle. Contrairement au CHU, aucun profil de poste n'a été conçu spécifiquement pour le poste de responsable de pôle. Seul le contrat de pôle fait référence à ses attributions, reprenant les exigences formulées par la loi (voir l'encadré 4).

Encadré 4. Extrait du contrat de pôle type du CH étudié

« Le coordonnateur du pôle est le garant du présent contrat et de la mise en œuvre des moyens au sein du pôle. Il assure l'élaboration et la réalisation du projet de pôle au sein du projet d'établissement. Il est responsable du fonctionnement et de la gestion du pôle. Il est l'interlocuteur principal du Conseil Exécutif, du Directeur et du Président de la CME. »

Malgré les efforts de la direction, l'accompagnement des responsables de pôle a été léger dans ce CH également. Comme pour le CHU que nous étudions, cette faiblesse du processus d'accompagnement se retrouve dans le discours des responsables de pôle, d'une part parce qu'ils ne se souviennent généralement pas des formations et réunions d'information effectuées, et, d'autre part, n'utilisent pas, ou très peu, les outils statistiques mis à leur disposition. De même, aucune réunion n'est effectuée pour faire échanger les responsables de pôle entre eux.

Les deux établissements hospitaliers que nous avons retenus sont donc particulièrement différents, à la fois dans leur structure organisationnelle et statutaire, qui constitue la principale raison de notre choix de ce terrain d'investigation; et dans leur mise en œuvre de la réforme de la nouvelle gouvernance. Au travers de ces présentations, nous avons pu mettre en avant plusieurs traits distinctifs concernant ce dernier aspect. Nous notons surtout que la démarche de structuration des pôles d'activité varie d'un établissement à l'autre: le CHU a procédé par une démarche plutôt descendante, adaptant son fonctionnement aux exigences de la réforme; alors que le CH a adopté une démarche plutôt émergente, faisant coïncider les attentes énoncées par les textes à son fonctionnement habituel. Toutefois, nous remarquons de nombreux points de convergences entre ces deux établissements concernant, d'abord, le processus de nomination particulièrement obscur des responsables de pôle, et ensuite, l'accompagnement très faible (en termes de formation et de suivi notamment) de ces individus

dans leur nouveau rôle. Nous allons voir dans les prochains paragraphes comment nous avons investigué ces deux terrains d'étude plus ou moins divergents.

2.2. La méthodologie employée pour le recueil et l'analyse des matériaux relatifs aux ajustements « rôle-individu »

Au sein des deux établissements hospitaliers sélectionnés, nous avons mis en place une méthodologie d'analyse commune pour étudier l'ajustement entre le médecin et son rôle de responsable de pôle. Pour cela, nous allons d'abord voir que l'entretien semi-directif a été employé comme principal instrument de recueil des matériaux auprès des responsables de pôle et des membres de la direction (2.2.1). Puis, nous verrons ensuite que la démarche d'analyse que nous avons adoptée pour examiner les dynamiques individuelles d'ajustement, est une démarche de codage mixte, à la fois théorique et émergente (2.2.2). Nous veillerons à expliquer et à justifier nos choix et leurs conséquences quant à la mobilisation de ces outils et méthodes d'investigation.

2.2.1. L'entretien individuel auprès des responsables de pôle : un mode de recueil des pratiques et perceptions autour du rôle

Dans notre étude de la transition de rôle des médecins vers des rôles de médecins-gestionnaires, nous avons opté pour l'entretien individuel comme mode de recueil des informations primaires. L'entretien individuel nous permettait en effet d'explorer le processus individuel complexe (Gavard-Perret et al., 2008) que constitue la transition vers un rôle de médecin-gestionnaire, et plus précisément les modes d'ajustement « rôle-individu » qui y sont associés. L'entretien nous permettait également de cibler les pratiques et perceptions des médecins étudiés dans le cadre de leur nouveau rôle (Blanchet et Gotman, 2007). Nous avons choisi spécifiquement l'entretien individuel semi-directif comme outil, car il favorisait la flexibilité des échanges avec nos interlocuteurs. Cette flexibilité nous a permis de laisser émerger la discussion avec nos interlocuteurs, et ainsi repérer leurs préoccupations personnelles en tant que responsables de pôle, tout en pouvant recadrer celle-ci en fonction de nos objectifs de recherche (Gavard-Perret et al., 2008). En parallèle, nous avons également

utilisé des documents internes aux établissements, ainsi qu'externes afin de recueillir des informations secondaires concernant le rôle de responsable de pôle prescrit.

L'accès au terrain et le ciblage des entretiens

L'accès à nos terrains d'investigation n'a pas été particulièrement problématique, bien que l'agenda chargé de nos interlocuteurs a souvent constitué un motif d'attente ou de report de nos entretiens. Nous différencions ici le cas du CHU et le cas du CH. En ce qui concerne le CHU, établissement que nous avons étudié en premier, nous avons abordé le terrain de manière plutôt officieuse. En effet, c'est suite à la rencontre d'une ancienne étudiante de l'IAE où nous exerçons, employée en tant qu'ingénieure organisations et méthodes dans l'établissement, que nous avons pu commencer notre investigation. Ayant participé au processus d'implémentation de la réforme, et travaillant sur des sujets proches de ceux que nous étudions dans cette thèse – accompagnement des responsables de pôle dans leurs projets médico-économiques, par exemple –, cette personne nous a été d'une aide fondamentale dans la compréhension du fonctionnement de l'établissement et de ses responsables de pôle.

Elle nous a présenté à la directrice générale adjointe de l'établissement, qui, intéressée par notre travail, nous a donné son accord pour conduire notre étude, et nous a convié à présenter notre projet de thèse aux responsables de pôle lors d'une réunion restreinte où la plupart d'entre eux étaient présents. Notre présentation, courte, ne nous a cependant pas donné d'indications sur l'état d'esprit des responsables de pôle face à cette recherche, celle-ci n'ayant suscité aucune réaction de leur part. A partir de ce moment-là, les prises de rendez-vous se sont faites de manière autonome, par contact direct avec les responsables de pôle. Cette entrée officieuse a cependant exigé des processus de rencontre assez longs, voire n'ayant jamais aboutis – certains ne souhaitant pas nous rencontrer ou ne se souvenant simplement plus de nous. Finalement, nous n'avons pu rencontrer le directeur général de l'établissement que de nombreux mois plus tard. Tout au long de ces rencontres, et au-delà, tout au long de cette thèse, nous avons continué d'échanger avec l'ingénieure initialement rencontrée, de manière informelle – soit sur rendez-vous, soit lors de nos passages dans l'établissement. Ces rencontres étaient l'occasion d'échanger sur l'actualité de l'établissement, concernant particulièrement les responsables de pôle, et nos vécus respectifs de la situation que nous étudions. Ces échanges ont donc participé activement à la construction de notre projet de recherche et à son évolution.

A l'inverse, concernant le CH, que nous avons étudié en second, nous avons abordé le terrain de manière relativement officielle, ne connaissant pas d'interlocuteurs au sein de l'établissement. Nous avons donc d'abord rencontré le directeur général, se montrant très intéressé par notre recherche, avant qu'il ne nous donne son accord pour mener des entretiens. Aussi, plutôt que de nous laisser prendre directement contact avec les responsables de pôle, le directeur général a choisi de les informer personnellement, en les priant de bien vouloir répondre à notre requête. Les entretiens ont d'abord été planifiés via le secrétariat de direction, pour finalement nous laisser libres de les fixer nous-mêmes. Cet aval de la direction nous a été très utile, puisque nous avons pu facilement être identifiés par nos interlocuteurs, et raccourcir les processus de rencontre. Notre entrée dans ce terrain a certainement été influencée par nos premiers mois d'expérience d'investigation au sein du CHU, orientant plus facilement nos thématiques de discussion avec les premiers interlocuteurs rencontrés.

Pour cette étude, qui a duré de septembre 2008 à mars 2010, nous avons réalisé au total 34 entretiens, dont 22 entretiens au sein du CHU et 12 entretiens au sein du CH. Plus précisément, pour l'étude des transitions de rôle au sein du CHU, nous avons effectué, de septembre 2008 à mars 2010, 15 entretiens avec des responsables de pôle – deux n'ont pas souhaité être interrogés –, 7 avec des membres de la direction générale (le directeur général, le directeur général adjoint, l'ex-directrice générale adjointe, une directrice référente de pôle, la directrice des affaires médicales, ainsi qu'une ingénieure organisation et méthode), et un avec une cadre coordonnatrice, nous ayant permis d'accéder à un responsable de pôle. Nous tenons cependant à préciser que parmi les 15 entretiens effectués avec les responsables de pôle du CHU, seuls 14 ont finalement été retenus pour l'analyse, car l'un d'entre eux a été sujet à un problème technique d'enregistrement. Faute de prises de notes suffisamment détaillées, nous avons préféré ne pas l'utiliser dans le cadre de ce travail (nous l'avons en revanche utilisé dans le cadre d'une synthèse dont nous parlerons plus loin). En ce qui concerne cette même-étude au sein du CH, nous avons procédé, en parallèle, de mars à octobre 2009, à 8 entretiens avec les responsables de pôle, et 4 avec des membres de la direction générale (le directeur général, le directeur des ressources humaines, le directeur des affaires financières, ainsi qu'une contrôleuse de gestion). Au final, nos entretiens ont duré entre 45 minutes et 2 heures 35 minutes, avec une moyenne d'environ 1 heure 25 minutes par entretien. Nous récapitulons ces différents entretiens en annexe de cette thèse (voir annexe n°1). Cinq entretiens avec des instigateurs de la réforme ont également été utilisés dans le cadre de cette étude. Toutefois, nous ne les avons pas menés – ce sont deux membres du

groupe de recherche auxquels nous appartenons qui les ont réalisés dans le cadre de notre projet commun.

La construction et l'utilisation des guides d'entretien semi-directifs

Dans le cadre de ces rencontres avec les responsables de pôle et les membres de la direction, nous avons donc opté pour l'utilisation d'entretiens semi-directifs. Comme expliqué précédemment, ces entretiens avaient pour objectif de nous laisser une certaine marge de manœuvre pour à la fois laisser émerger les problématiques actuelles et préoccupations personnelles de nos interlocuteurs, tout en pouvant recadrer la discussion autour de nos questionnements de recherche. Pour répondre à ces exigences méthodologiques, nous avons construit des guides d'entretien – un destiné aux responsables de pôle, l'autre aux membres de la direction – chacun avec ses objectifs propres. Ces guides furent d'abord orientés autour de quelques thèmes larges, avant d'être affinés par des questions.

Concernant le guide d'entretien dédié aux responsables de pôle (voir annexe n°2), les thèmes que nous avons élaborés étaient au nombre de trois, regroupant chacun plusieurs questions. L'objectif était ici de comprendre les ajustements par lesquels le médecin réalisait sa transition vers le rôle de responsable de pôle. D'abord, le premier thème que nous avons conçu fut celui du parcours personnel, comprenant des questions autour de l'expérience professionnelle du médecin, de ses postes antérieurs, notamment en responsabilité de structure médicale, et de ses formations en gestion. Par ces questions, nous souhaitions mettre en avant les éventuelles adaptations effectuées par le médecin pour entrer dans son nouveau rôle. Ensuite, le deuxième thème élaboré fut consacré au rôle de responsable de pôle à proprement parler. Ce thème comprenait à la fois des questions pragmatiques sur le processus de nomination et ses activités quotidiennes en tant que responsable de pôle, mais aussi des questions plus théoriques sur ses attentes envers le rôle, ses préférences parmi ses activités, et son évolution personnelle perçue au sein du rôle. Ces questions visaient à mettre l'accent sur les activités concrètement mises en œuvre par le responsable de pôle, ses éventuelles modifications dans le rôle prescrit, ainsi que ses possibles adaptations personnelles. Enfin, le troisième thème fut centré sur une seule question, concernant les valeurs jugées importantes par le médecin en tant que responsable de pôle. Par cette question unique, nous voulions tenter d'approcher le sujet de l'adéquation personnelle entre l'individu et son rôle.

Concernant le guide d'entretien dédié aux membres de la direction (voir annexe n°3), nous l'avons également construit autour de trois thèmes, très différents des précédents cependant. En effet, l'objectif de ces entretiens n'était pas de comprendre directement la transition de rôle des responsables de pôle, mais plutôt d'accéder à des informations secondaires autour des exigences du système à l'égard de ce rôle. D'abord, le premier thème fut relatif à l'implantation des pôles d'activité dans l'établissement, et comprenait des questions concernant les attentes de la direction vis-à-vis des responsables de pôle, l'accompagnement de ces derniers dans leur prise de fonction, ou encore leurs évolutions. Ces questions avaient pour objectif de mieux comprendre le rôle prescrit par la direction aux médecins, et les éventuels ajustements rendus possibles par l'organisation. Ensuite, le deuxième fut consacré au rôle de nos interlocuteurs, et contenait des questions touchant à l'évolution de leur rôle depuis la mise en place de la réforme, à leur positionnement hiérarchique à l'égard des responsables de pôle, ou encore à la qualité de leurs contacts avec ces derniers. Ces questions visaient à mettre en avant l'imbrication des différents rôles envisagés avec celui de responsable de pôle. Enfin, le troisième thème fut relatif aux problématiques actuelles de l'établissement au regard des pôles. Ne contenant qu'une seule question, son but était de faire émerger des éventuelles difficultés d'adaptation entre les médecins et leur rôle.

Le déroulement des entretiens s'est avéré relativement satisfaisant. Tous les entretiens ont pu être enregistrés à partir d'un dictaphone, avec l'accord de nos interlocuteurs. Nous n'avons jamais rencontré de problèmes particuliers avec les personnes rencontrées, qui se sont tous montrées avenantes à notre égard. Nous avons parfois dû attendre de longues minutes, ou heures, dans les couloirs des hôpitaux afin d'espérer pouvoir rencontrer certains responsables de pôle, quelques fois sans jamais les voir arriver. Mais cela fait partie des aléas du terrain. Au final, dans un souci de rigueur, nous avons choisi, non pas d'envoyer les entretiens retranscrits à nos interlocuteurs (voir annexe n°4 pour un exemple de retranscription), mais de rédiger une synthèse de ces entretiens, par établissement (une pour le CHU, une autre pour le CH) que nous leur avons fait parvenir par courrier postal et électronique (voir annexe n°5). Cette synthèse avait pour vocation de regrouper et d'organiser les propos de nos interlocuteurs selon des thèmes pratiques (leur nomination, leur conception du rôle, leurs activités, leurs avis sur le rôle...). Elle nous a permis de poursuivre une discussion a posteriori avec eux – notamment lorsque nos écrits ne leur semblaient pas représentatifs de leur vécu. Cette synthèse constituait aussi une preuve de confiance envers nos interlocuteurs, certains ayant émis lors de notre rencontre la volonté d'être informé des suites de notre travail.

Finalement, peu d'entre eux nous ont répondu (trois dans le CHU, un seul dans le CH), soit pour nous remercier, soit pour exprimer leur accord ou désaccord face à nos propos. Certaines discussions ont pu être réengagées brièvement par e-mails.

Le recueil de documents concernant le rôle de responsable de pôle

En parallèle de la réalisation d'entretiens semi-directifs, nous avons procédé à la recherche et au recueil de nombreux documents permettant de mieux comprendre le rôle de responsable de pôle prescrit. Ces documents étaient à la fois internes et externes aux deux établissements étudiés. D'abord, les documents internes que nous avons recueillis consistaient en des documents officiels fixant les attentes de la direction générale envers le rôle de responsable de pôle. Pour le CHU étudié, il s'agissait plus précisément des fiches de poste des responsables de pôle et de leurs collaborateurs, d'un exemple de contrat de pôle, et des présentations effectuées par la direction générale lors de la phase de préparation à la nouvelle gouvernance hospitalière. Concernant le CH étudié, beaucoup moins formalisé, il s'agissait uniquement de quelques contrats de pôle (stipulant les attentes de la direction concernant le rôle de responsable de pôle).

Ensuite, les documents externes que nous avons recueillis consistaient en des documents institutionnels expliquant les modalités de la réforme de la nouvelle gouvernance hospitalière, à savoir le code de la Santé Publique, et plus précisément les articles R. 6146 concernant les règles entourant la fonction de responsable de pôle ; des présentations officielles et préventives de la réforme de la nouvelle gouvernance hospitalière tels qu'un dossier de description de la réforme du Ministère de la Santé (Ministère de la Santé, 2002), un dossier de presse de la DHOS (DHOS, 2003a), trois lettres d'information de la DHOS, expliquant la réforme (DHOS, 2003b ; 2003c ; 2004), et une circulaire de présentation de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS, 2006). Au-delà de ces documents, d'autres ont pu être recueillis concernant le suivi de la réforme, à savoir les résultats d'une enquête de la DHOS concernant la nouvelle gouvernance hospitalière (DHOS, 2008) ; une étude de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique à ce sujet également (EHESP, 2008) ; un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales également relatif à cette réforme (IGAS, 2009). Des documents internet ont aussi été consultés pour suivre l'avancée de la réforme au niveau national (notamment le site de la Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitalier – MEAH). Tous ces documents sont récapitulés en annexe (voir annexe n°6).

La démarche de recueil de matériaux menée pour cette première étude a donc été relativement longue, puisque nous avons consacré plus d'un an à son élaboration et à sa mise œuvre. Au final, nous avons récolté des matériaux riches et variés, concernant les transitions de 22 médecins vers le rôle de responsable de pôle, et résultant en près de 46 heures d'enregistrement d'entretiens et plus d'une vingtaine de documents officiels. A présent, nous allons expliquer notre démarche de codage des matériaux recueillis.

2.2.2. Le codage des matériaux récoltés : une analyse mixte et intersites des ajustements entre les médecins et leur rôle de responsable de pôle

Dans la logique de notre étude des ajustements « rôle-individu » favorisant la transition vers un rôle de médecin-gestionnaire, nous avons procédé à une analyse de contenu thématique (Allard-Poesi et al., 2007 ; Blanchet et Gotman, 2007), en suivant la grille d'analyse élaborée par Nicholson (1984). Nous avons opté pour ce type d'analyse car elle nous permettait en même temps d'approfondir chaque situation de transition indépendamment des autres, de ranger nos matériaux de manière transversale au sein des catégories proposées par cette grille, et ainsi de favoriser les comparaisons intersites (Miles et Huberman, 2003). Nous avons également choisi d'utiliser un codage mixte, à la fois théorique (Miles et Huberman, 2003) et émergent (Glaser et Strauss, 1967, cités par Miles et Huberman, 2003), nous laissant la possibilité de faire émerger de nouvelles catégories. Ce processus de codage a été favorisé par l'élaboration de nos synthèses d'entretien (voir plus haut, 2.2.1), nous ayant permis de dresser un premier panorama de nos matériaux. Comme expliqué en introduction de cette thèse, nous avons choisi de ne pas utiliser de logiciel d'analyse qualitative, pour les mêmes raisons que nous avons déjà énoncées. Nous allons expliquer plus précisément ici comment s'est effectué le codage de notre analyse thématique.

L'utilisation de la grille de Nicholson (1984) comme méthode de cadrage théorique des ajustements « rôle-individu »

Dans un premier temps, bien qu'après plusieurs allers-retours entre la théorie et la pratique, nous avons adopté la grille d'analyse de Nicholson (1984) concernant les types d'ajustements aux transitions de rôle, afin de cadrer théoriquement et globalement notre codage. Cette grille

Partie I. Une étude globale de la transition vers un rôle de médecin-gestionnaire

nous a semblé la plus adaptée à notre démarche étant donné la souplesse de conception de ses catégories, et surtout sa pertinence à l'égard de nos larges matériaux. En effet, comme expliqué précédemment, cette grille est construite autour de deux grands axes, l'ajustement par l'individu et l'ajustement par le rôle, permettant une compréhension large des situations d'ajustement. Pour guider notre codage théorique, nous nous sommes plus précisément basés sur les différentes conceptions de la littérature concernant la signification, d'une part, des caractéristiques personnelles pouvant évoluer, et, d'autre part, des caractéristiques d'un rôle pouvant être modifiées. Dans cette optique, nous avons pris en considération seulement les travaux mobilisant directement la grille de Nicholson (1984) (voir le tableau 3).

| Auteurs | Caractéristiques d'un individu susceptibles d'être ajustées | Caractéristiques d'un rôle susceptibles d'être ajustées |
|---------------------------------|--|--|
| <i>Nicholson (1984)</i> | Identité, valeurs, compétences, cadres de références, styles de vie. | Tâches, méthodes, matériaux, agendas, définitions de la performance. |
| <i>West et al. (1987)</i> | Valeurs, attitudes, objectifs de carrière, personnalité. | Objectifs, méthodes, ordre des tâches, partenariats de travail. |
| <i>West et Rushton (1989)</i> | Valeurs, attitudes, objectifs de carrière, personnalité. | Objectifs, méthodes, ordre des tâches, partenariats de travail. |
| <i>Ashforth et Sakes (1995)</i> | Valeurs, personnalité. | Objectifs, méthodes. |
| <i>Munton et West (1995)</i> | Valeurs, attitudes, objectifs de carrière, personnalité. | Tâches, compétences, méthodes, contacts sociaux. |

Tableau 3. Les différentes conceptions des caractéristiques personnelles et caractéristiques d'un rôle (Nicholson, 1984) dans la littérature

L'identification des évolutions personnelles et modifications du rôle comme méthode de codage mixte des ajustements « rôle-individu »

Etant donné la variété et l'équivocité des termes employés par ces auteurs – les codes utilisés sont très vaguement définis –, nous avons choisi d'opter pour un codage relativement ouvert acceptant sous la dimension « ajustement par l'individu » tous changements effectués par les médecins dans leurs compétences, identité, valeurs, et personnalité ; et sous la dimension « ajustement par le rôle » toutes les variations mises en œuvre dans le travail prescrit par l'organisation, qu'il s'agisse des objectifs ou des méthodes de travail à employer pour y parvenir. Notre codage a donc été ici davantage émergent.

Pour évaluer l'ajustement personnel des individus dans leur rôle, comme Nicholson (1984) l'indique, nous avons étudié dans le discours des médecins leur perception de changement. Par exemple, à la question « pensez-vous avoir évolué dans la tenue de votre rôle depuis votre prise de fonction? », nous avons relevé les compétences, raisonnements, idées, qui auraient pu être affectées par la tenue du rôle de responsable de pôle. L'idéal aurait été d'interroger les responsables de pôle avant leur prise de fonction pour effectuer une comparaison avec nos matériaux obtenus après cette prise de fonction. Toutefois, notre étude n'a pu débiter qu'après l'entrée dans le nouveau rôle. Pour nuancer nos interprétations, nous avons cependant pu utiliser les informations secondaires que nous avons recueillies auprès des membres de la direction. Au final, nous avons considéré qu'il y avait ajustement par l'individu lorsqu'au moins une dimension personnelle était profondément altérée. Une légère évolution personnelle n'a pas été considérée comme un ajustement par l'individu.

Pour étudier l'ajustement par le rôle prescrit par l'organisation, nous nous sommes également basés sur la perception des médecins interrogés (Nicholson, 1984), pour connaître l'ampleur perçue de ces changements, mais pas seulement. Afin de nuancer nos résultats, nous avons mis en évidence les caractéristiques (objectifs, missions, activités...) attendues par les établissements hospitaliers étudiés. Considérant que ces attentes sont le fruit d'un processus à la fois de conformation et d'adaptation institutionnelles, et que les injonctions des établissements sont donc imprégnées de sous-entendus quant aux volontés des pouvoirs publics, nous avons choisi de revenir à l'origine du rôle pour mieux cerner ses objectifs. Pour cela, nous avons étudié les ambitions sous-jacentes de la réforme (via des entretiens avec les concepteurs de la nouvelle gouvernance hospitalière), les prescriptions de la loi (via l'analyse des textes de la réforme), la traduction de ces prescriptions (via l'analyse d'une circulaire), et

leur mise en œuvre au niveau organisationnel (via l'analyse des documents internes du CHU et du CH). Au final, nous avons pu reconstituer le parcours d'interprétation institutionnelle du rôle et donc les attentes finales des établissements investigués (voir annexe n°7).

Pour résumer cette traduction institutionnelle du rôle vers les établissements étudiés, nous pouvons en retirer trois principales conclusions. Premièrement, les responsables de pôle ne sont pas considérés comme les seuls acteurs importants de la nouvelle gouvernance, l'objectif de responsabilisation devant être partagé. Par contre, leur existence semble indispensable pour rendre cet ensemble cohérent, et le coordonner. Deuxièmement, leur rôle va au-delà des simples prescriptions techniques prévues par les textes, qui le présentent comme un coordonnateur responsabilisé vis-à-vis de la direction. Ils sont en charge de mener des réflexions médico-économiques afin de réaliser des économies dans leurs activités cliniques. Troisièmement, de légers décalages existent entre l'objectif initial de la réforme, les textes officiels, et les prescriptions des établissements : l'idée d'implication des médecins dans la gestion est de moins en moins explicite au fur et à mesure de l'opérationnalisation. Les éléments inclus dans la réforme et dans les fiches de poste ou contrats de pôle constituent des moyens pour favoriser l'implication des médecins dans la gestion.

Nous considérons finalement que le rôle de responsable de pôle, tel qu'il est prescrit par les établissements que nous étudions, est sensiblement le même. Nous avons donc choisi de le caractériser similairement comme **un rôle de contractualisation autour d'objectifs et de moyens médico-économiques ; d'animation de réunions de pôle ; d'organisation du pôle ; de recrutement des collaborateurs ; de dirigeant à l'égard du personnel du pôle**. Dans notre codage, nous avons donc codé toute variation forte entre le rôle tel qu'il est tenu et ses prescriptions comme une modification du rôle prescrit.

Nous avons envisagé l'ajustement par le rôle comme une situation neutre, c'est-à-dire pouvant signifier soit une évolution au-delà du rôle prescrit (la prise d'une initiative médico-économique non prévue dans le contrat de pôle, par exemple), soit un changement défavorable au respect du rôle prescrit (la non prise en considération des enjeux médico-économiques, par exemple). Aussi, nous avons été très vigilants par rapport aux perceptions de nos interlocuteurs lors des entretiens, en considérant que la perception d'une continuité dans le rôle pouvait renvoyer soit à une non-adaptation au nouveau rôle (le rôle de responsable de pôle n'étant pas du tout respecté, et vécu comme celui de chef de service par

exemple), soit à une anticipation de ce rôle (le rôle de responsable de pôle ayant déjà été en grande partie joué avant la prise de fonction, en tant que chef de service par exemple).

Le retour à la grille de Nicholson (1984) comme outil de catégorisation des formes d'ajustement « rôle-individu »

Afin de procéder à une catégorisation de nos résultats, nous sommes finalement revenus à la grille d'analyse établie par Nicholson (1984). Nous avons alors classé nos différents codes d'ajustement (par l'individu et par le rôle) parmi les quatre cases proposées, à savoir la réplication, l'absorption, la détermination, et l'exploration. Nous verrons par la suite que nous avons fait émerger dans nos résultats des variations parmi ces quatre types d'ajustement, affinant notre catégorisation.

Pour permettre une meilleure compréhension de cette typologie (voir la figure 5 pour rappel), nous rappelons brièvement ici la signification de chacune de ces cases :

- La réplication correspond à une absence de quelconque ajustement. Il n'y a ni changement dans les caractéristiques personnelles, ni modification des composants du rôle. L'individu, tel qu'il est, prend le rôle sans chercher à le transformer ;
- L'absorption se réfère à une situation d'ajustement de la part de l'individu seulement. Le rôle n'est pas, ou peu altéré. L'individu s'adapte aux attentes du rôle, quitte à faire évoluer fortement ce qu'il est. Il y a un apprentissage personnel du rôle ;
- La détermination se rapporte à une situation d'ajustement au niveau du rôle uniquement. L'individu ne s'adapte pas, ou peu, personnellement. Il produit un effort pour transformer le rôle tandis que lui-même conserve son cadre de référence. Il façonne son rôle en fonction de ce qu'il est ;
- L'exploration représente un ajustement mutuel de l'individu et du rôle. Le rôle transforme l'individu en même temps que l'individu fait évoluer le rôle. Il peut s'agir soit d'une situation intermédiaire (où individu et rôle ont trouvé un compromis d'ajustement), soit d'une situation totalement inédite.

Ajustement par l'individu

| | | | |
|-------------------------------|---------------|----------------------|--------------------|
| | <i>Faible</i> | <i>Fort</i> | |
| <i>Ajustement par le rôle</i> | <i>Faible</i> | Réplication | Absorption |
| | <i>Fort</i> | Détermination | Exploration |

Figure 5. Les modes d'ajustements aux transitions de rôle (Nicholson, 1984) (rappel)

Ce processus de catégorisation a donné naissance à un arbre de codage thématique, que nous présentons en annexe de cette thèse (voir annexe n°8). Cet arbre de codage thématique nous a permis de repérer les situations de réplication types issues de la grille de Nicholson (1984), mais aussi et surtout de faire émerger des situations nuancées parmi nos matériaux.

Nous avons donc opté, dans le cadre de cette première étude, pour une méthode de codage des matériaux mixte, à la fois théorique et émergente. Dans un premier temps, dans une logique plutôt théorique, nous avons mobilisé une grille d'analyse prédéfinie afin d'identifier deux grandes dimensions parmi nos matériaux: l'ajustement par l'individu et l'ajustement par le rôle. Dans un deuxième temps, nous avons choisi de laisser émerger les différentes formes d'ajustement (par l'individu et le rôle) de nos matériaux, en restant relativement souples dans notre codage. Enfin, dans un troisième temps, nous avons regroupé ces différents codes au sein des quatre catégories proposées par notre grille d'analyse. Nous allons à présent décrire et expliquer les résultats issus de cette analyse.

CHAPITRE 3. LA TRANSITION VERS UN RÔLE DE MEDECIN-GESTIONNAIRE : UN DEFI SURMONTABLE MAIS ALEATOIRE

Nos résultats indiquent que les modes d'ajustements « rôle-individu » adoptés par les médecins pour effectuer une transition vers un rôle de médecin-gestionnaire, sont variés mais possibles. Ces ajustements consistent à la fois en des ajustements par l'individu, bien que relativement modérés, et des ajustements par le rôle, de plus ou moins forte intensité. Ils prennent principalement forme de déterminations, de répliques, et d'absorptions, mais aussi, plus exceptionnellement, d'exploration (3.1). Par la discussion de ces résultats, nous mettons en avant le fait que les médecins choisissent leur mode d'ajustement en fonction de leurs caractéristiques personnelles et cherchent avant tout une stabilité de leur identité et de leurs valeurs. A l'inverse, le contexte organisationnel et statutaire ainsi que les démarches d'accompagnement de la direction n'ont pas d'effet important sur ces ajustements (3.2).

3.1. De médecin à médecin-gestionnaire : des ajustements « rôle-individu » variés mais possibles

Nos résultats font émerger les modes d'ajustement « rôle-individu » variés qu'adoptent aussi bien les médecins du CHU que du CH, pour effectuer la transition vers un rôle de responsable de pôle (voir la figure 6). Ces ajustements correspondent aux quatre possibilités théoriques, même si certaines se retrouvent plus fréquemment que d'autres. Nous présentons ici nos résultats, en illustrant chaque situation d'ajustement-type par un cas de responsable de pôle de chaque établissement étudié. Nous allons d'abord examiner les situations de réplique, en prenant comme exemples le responsable du pôle Cancérologie du CHU et le responsable du pôle Médico-Technique du CH (3.1.1). Nous étudierons ensuite les cas d'absorption, avec comme exemples les responsables des pôles Rééducation et Physiologie du CHU et Gériatrie-MPR du CH (3.1.2). Puis, nous analyserons les situations de détermination, en prenant comme exemples les responsables des pôles Urgences-SAMU-SMUR du CHU et Urgences-Réanimation du CH (3.1.3). Enfin, nous traiterons du cas unique d'exploration apparu dans nos résultats, à savoir celui du responsable du pôle Centre de Gestion des Blocs du CHU (3.1.4). Par souci de lisibilité, nous avons joint les autres cas en annexe (voir annexe n°9).

Ajustement par l'individu

Faible

Fort

| | | | |
|-------------------------------|---------------|--|--|
| <i>Ajustement par le rôle</i> | <i>Faible</i> | <p>Réplication</p> <p>RP Anesthésie-Réanimation</p> <p>RP Pluridisciplinaire de médecine</p> <p>RP Psychiatrie-Neurologie</p> <p>RP Cancérologie</p> <p>RP Chirurgie-Bloc-Anesthésie</p> <p>RP Médico-Technique</p> <p>RP Psychiatrie</p> | <p>Absorption</p> <p>RP Appareil locomoteur</p> <p>RP Biologie</p> <p>RP Rééducation et Physiologie – Recherche</p> <p>RP Imagerie</p> <p>RP Femme-Enfant</p> <p>RP Gériatrie-MPR</p> |
| | <i>Fort</i> | <p>Détermination</p> <p>RP Couple-Enfant</p> <p>RP Pharmacie</p> <p>RP Urgences-SAMU-SMUR</p> <p>RP Santé publique</p> <p>RP Digidune</p> <p>RP Médecine et Pathologie Vasculaire</p> <p>RP Urgences-Réanimation</p> <p>RP Médecine et Cancérologie</p> | <p>Exploration</p> <p>RP Centre de gestion des blocs</p> |

Légende : responsables de pôle du CHU en vert / responsables de pôle du CH en bleu

Figure 6. Synthèse des situations d'ajustement des 22 responsables de pôle du CHU et du CH étudiés

3.1.1. Les responsables de pôle en situation de réplication

Parmi les 22 responsables de pôle interrogés, 7 se trouvent dans une situation de réplication. Cela signifie qu'ils ne procèdent à aucun ajustement ni en eux, ni dans leur rôle. Ils prennent leur rôle de responsable de pôle tel qu'il est, et ne changent pas ce qu'ils sont en tant que personnes. Plus précisément, nous avons identifié 4 cas de réplication parmi les responsables de pôle du CHU (Anesthésie-Réanimation, Pluridisciplinaire de Médecine, Psychiatrie-Neurologie, et Cancérologie), et 3 cas parmi ceux du CH (Chirurgie-Bloc-Anesthésie, Médico-Technique, et Psychiatrie). Nous approfondissons ici les cas des responsables des pôles Cancérologie du CHU et Médico-Technique du CH, dont les pôles sont tous deux, au moins en partie, médico-techniques, et dont les comportements de réplication diffèrent dans leur aisance. Les autres cas de réplication ont été placés en annexe de cette thèse.

Le responsable du pôle Cancérologie du CHU : une situation de réplication conflictuelle

Notre premier cas de réplication est celui du responsable du pôle de Cancérologie du CHU. Ce cas est caractérisé par un non-ajustement (aussi bien de l'individu que du rôle) sous contrainte, source de conflits de rôle pour le médecin. Nous allons voir que cette situation ne l'empêche cependant pas de respecter les exigences de son rôle.

L'ajustement par le rôle : un respect contraint des missions prescrites

Le responsable du pôle Cancérologie est un cas très particulier au sein du CHU étudié. C'est le seul à avoir tenté de démissionner de son rôle à deux reprises, chacune s'étant soldée par un refus de la direction. Il est dans une posture assez défensive vis-à-vis du rôle : il l'assume en respectant les prérogatives de la réforme bien qu'ayant des difficultés à s'y adapter personnellement. Ses activités rejoignent les objectifs de réflexion médico-économique et de transversalité du rôle. Il définit son rôle par son aspect bureaucratique d'intermédiaire entre la direction et ses collègues responsables médicaux, et par sa dimension transversale, qu'il considère comme une contrainte. En effet, hématologue de spécialité, ce responsable de pôle aurait jugé plus logique, et donc préféré initialement, un regroupement de sa discipline avec d'autres activités médico-techniques, et notamment la biologie et la génétique, plutôt qu'avec

la cancérologie. La direction générale ayant refusé cette possibilité, il a tout de même décidé d'accepter cette responsabilité.

Aussi, la mise en œuvre de la transversalité au sein de son pôle constitue une activité difficile pour ce médecin. Bien qu'assurant cette mission, il la vit comme une obligation, mais également comme une source de malaise à l'égard des personnels de sa spécialité, auxquels il souhaiterait consacrer davantage de temps. Tirailé entre son obligation de transversalité en tant que responsable de pôle et son intérêt personnel pour sa propre spécialité, il est victime de conflits de rôle. Par exemple, consulté par les médecins cancérologues du pôle quant au recrutement d'internes dans leur discipline, il ne comprend pas l'utilité de son intervention et regrette de ne pas pouvoir utiliser ce temps pour travailler avec ses confrères hématologues. C'est aussi le cas de certains projets de cancérologie, auxquels il se sent contraint de participer en tant que responsable de pôle, malgré son désintérêt pour le sujet, et surtout en dépit des actions qu'il souhaiterait faire avancer dans sa spécialité.

« Moi j'ai besoin [pour mon service] d'une infirmière coordinatrice pour les greffes. C'est dans les textes, c'est imposé pour les gros centres de greffe. [Imitant son interlocuteur à la direction] « Ben oui, vous l'aurez, vous l'aurez ». Ca fait deux ans que j'attends! Et pendant ce temps-là, je suis obligé de participer à des réunions sur la future organisation du centre des soins palliatifs parce que c'est dans mon pôle... »

Parallèlement, il envisage également son rôle sous l'angle médico-économique, auquel il donne beaucoup plus d'importance. Sa collaboration avec la cadre coordonatrice et sa participation aux réunions lui permettent de réfléchir aux possibilités d'optimisation de ressources au sein de son pôle, qu'il soit question de personnel ou de matériel. Malgré son insatisfaction relative aux contours de son pôle, cet intérêt personnel pour la gestion médico-économique lui permet d'intervenir sur les autres spécialités de son pôle, franchissant ainsi, parfois, son désintérêt pour la transversalité. Par exemple, il initie, avec les pharmaciens, une réflexion sur les questions d'efficacité des décisions pharmaceutiques prises dans les différentes unités de cancérologie de son pôle. Ce type d'action lui permet donc de combiner les différentes exigences de son rôle.

« Je demande à la pharmacie également d'être présente dans les décisions thérapeutiques, etc., pour être sûr qu'on soit dans les clous. Si on est pas dans les clous, je veux qu'on me rende des comptes. J'ai pas mal travaillé en pharmaco-économie avec un certain nombre de

spécialistes. Donc c'est des choses que j'essaie de développer : est-ce que le développement thérapeutique est à coût efficace ou pas ?... »

Malgré son désintérêt pour la transversalité, et les conflits de rôle sous-jacents, ce responsable de pôle respecte donc bien les missions qui lui sont assignées, mais de façon plutôt contrainte.

L'ajustement par l'individu : une stabilité des compétences et valeurs personnelles

Au niveau individuel, ce médecin ne s'ajuste pas personnellement à son rôle, que ce soit dans ses compétences ou dans ses valeurs. En effet, dans son parcours professionnel, il a été responsable de différentes structures au sein du CHU (chef de service) et en dehors (cancéropôles, fédération de cancérologie), et a assuré à ce titre des missions d'organisation et de gestion, tels que des audits dans différents établissements hospitaliers. Pour lui, le rôle de responsable de pôle ne lui a donc pas demandé d'ajustement à ce niveau-là. Il disposait déjà des compétences nécessaires pour le mettre en œuvre de manière favorable. De la même manière, faisant partie d'une discipline médicale qu'il juge comme « coûteuse », il estime avoir appris sur le tas et depuis longtemps à traiter des problématiques médico-économiques. Par exemple, plusieurs années auparavant, il explique avoir publié différents articles concernant l'efficacité financière et médicale de certaines pratiques lors d'interventions. Il considère donc ne pas avoir eu besoin de s'ajuster pour ces activités non plus.

« Vous voyez, il y a 15 ans, je publiais sur « coût-efficacité de l'EPO dans les interventions ». C'est pas nouveau. Je veux dire, faut pas croire que c'est arrivé comme ça. Il y a des gens qui disent « plus on avance, plus on retarde ». Moi je suis dans une discipline où, depuis longtemps, comme on coûtait les plus chers, on a dû s'y intéresser, hein. Et donc on a travaillé avec l'économie de la santé. »

Aussi, concernant ses valeurs, celles-ci s'orientent autour des relations humaines, et principalement de l'humilité face à ses compétences. Il fait notamment référence à son incompétence relative concernant sa connaissance des autres disciplines du pôle. Ces valeurs n'évoluent pas avec sa prise de fonction, et sont plutôt en accord avec son faible d'intérêt pour les activités transversales souhaitées par la direction : il ne connaît pas les autres spécialités de son pôle, donc il tente de ne s'y investir que très peu.

Le responsable du pôle Cancérologie se trouve donc dans une posture de réplique, où bien que ne trouvant pas d'intérêt personnel dans les activités transversales prescrites, il met tout

de même en œuvre ses missions de responsables de pôle. Son insatisfaction à l'égard des contours du pôle, et à l'égard de son investissement auprès des autres spécialités du pôle, est source de conflits de rôle pour lui. Ce responsable de pôle se trouve donc plus précisément dans une situation de répliation conflictuelle, origine de ses deux tentatives de démission.

Le responsable du pôle Médico-Technique du CH : une situation de répliation aisée

Contrairement au cas précédent, le responsable du pôle Médico-Economique du CH, notre second cas illustratif de la répliation, ne rencontre aucune difficulté à respecter les exigences de l'organisation. Nous allons voir que, bien que n'ajustant ni son rôle, ni ce qu'il est, ce médecin se sent parfaitement à l'aise dans la transition.

L'ajustement par le rôle : un respect volontaire des missions prescrites

Le responsable du pôle Médico-Technique est également chef du laboratoire de Bactériologie et Hématologie Biologique, rôle qu'il occupait déjà avant sa responsabilité de pôle. Il se montre très préoccupé par la gestion de son pôle, qu'il envisage sous tous les angles souhaités par la réforme : management d'équipes, gestion financière, gestion des ressources humaines, ou encore gestion de projet. Il porte cependant un intérêt tout particulier aux aspects médico-économiques de la gestion. Sa réflexion est menée d'abord dans son laboratoire, en termes de comptabilité analytique. Il se montre très engagé dans la réduction des coûts de fonctionnement, qu'il envisage comme un devoir (« *il faut* »). Il emploie notamment les notions de « *performance* », de « *productivité* », de « *coûts* », d'« *unités d'œuvre* », ou encore de « *ratios* ».

« Les actions qu'on essaye d'avoir et que je trouve typiques du pôle, c'est la notion de productivité et de performance. On a demandé d'avoir cette notion par secteur, de savoir où ça nous place dans l'échelle nationale [...]. Ce sont des indicateurs classiques. Il faut connaître ses coûts, il faut connaître ses unités d'œuvre et puis on fait le ratio et on se compare, à condition que tout le monde ait fait le même calcul. Et il y a aussi la notion de composition des coûts [...]. J'ai montré que si on faisait un effort et qu'on reprenait les activités, à charge de personnel équivalent, on avait un gain significatif de la productivité. »

Plutôt que de mener des projets transversaux avec les autres services, il préfère essayer de faire partager cette réflexion médico-économique à l'ensemble du pôle. Il ne s'agit donc pas uniquement d'une activité de gestion financière pour lui, mais surtout d'une activité de management. La réflexion médico-économique collective lui permet de mettre en œuvre la transversalité désirée par l'organisation. A côté de ces activités, il distingue l'organisation et l'animation des réunions de pôle. Ce travail, qu'il considère comme plutôt contraignant, lui permet cependant de coordonner ses différentes missions de base : réflexion médico-économique, gestion de projet, gestion des ressources humaines, ou encore gestion du contrat de pôle. Ce responsable de pôle respecte donc bien les activités qui lui sont assignées, qu'il s'agisse des activités de gestion médico-économiques ou d'animation de réunions. Malgré ses préférences pour certaines d'entre elles, il ne rencontre aucune difficulté à toutes les assurer.

L'ajustement par l'individu : une stabilité des compétences et valeurs personnelles

De même, au niveau personnel, ce responsable de pôle n'a pas eu besoin de s'adapter au cours de sa prise de fonction. D'une part, ses compétences n'ont pas évolué. Préoccupé par la gestion et les aspects médico-économiques avant sa nomination, il avait déjà développé les compétences nécessaires pour tenir ce rôle de manière favorable. Les formations organisées par l'établissement ne lui ont d'ailleurs été d'aucune utilité. Pour lui, ce non-apprentissage est évident. D'autre part, ses valeurs semblent très stables. Pour lui, l'intérêt général de l'établissement l'emporte sur les besoins spécifiques des individus et des services. Cette notion apparaît très bien dans sa nomination au rôle de responsable de pôle, l'envisageant davantage comme un engagement pour l'organisation que comme une envie personnelle. Ses valeurs montrent un respect à l'égard des préoccupations médico-économiques de l'établissement. Il n'a donc pas eu besoin de s'adapter là non plus.

« La valeur importante c'est l'équité. Il faut être juste et avoir une éthique c'est-à-dire respecter les valeurs et notamment la notion de service public et de service rendu aux patients. C'est les priorités. Respect de l'institution et des personnes. Il faut toujours avoir en perspective l'intérêt général. Ce qui compte c'est l'intérêt de l'institution. Ce n'est même pas l'intérêt du pôle même si je défends le pôle. On n'est pas un électron libre, on vit dans une institution. »

Le responsable du pôle Médico-Technique du CH se trouve donc bien dans une situation de réplication : ni lui, ni son rôle ne sont modifiés. Son intérêt pour la gestion et ses compétences préexistantes en la matière lui permettent de tenir son rôle sans difficulté.

Les situations de réplication révélées par nos résultats montrent donc deux types de phénomènes différents, que les cas des responsables des pôles Cancérologie du CHU et Médico-Technique du CH illustrent bien, malgré des spécialités médicales similaires. D'une part, nous relevons des cas de réplication conflictuelle caractérisés par un non-ajustement en tension entre ses motivations personnelles et les contraintes organisationnelles. Le médecin se retrouve alors en conflit de rôle tout en essayant de respecter les prérogatives de l'organisation. Bien que rares dans nos résultats (seulement 2 cas sur 7), ces situations n'en demeurent pas moins problématiques pour l'individu, comme le montrent les tentatives de démission du responsable de pôle étudié ici. D'autre part, dans la majorité de nos cas (5 cas sur 7), nous constatons des situations de réplication aisée, qui se caractérisent par un non-ajustement peu, voire pas du tout, problématique pour l'individu. Le médecin, qui n'éprouve aucun besoin d'adaptation avec son rôle, respecte parfaitement les prérogatives de l'organisation. Ces situations peuvent donc être très confortables pour l'individu. Au final, ces différents cas de réplication constituent donc une solution de facilité pour les individus qui correspondent déjà en grande partie aux exigences du rôle. Qu'en est-il cependant lorsque le médecin n'est pas personnellement en adéquation avec ce qu'on attend de lui ?

3.1.2. Les responsables de pôle en situation d'absorption

Parmi les 22 responsables de pôle interrogés, 6 se trouvent dans une situation d'absorption. Cela signifie que, contrairement aux cas de réplication précédents, toujours sans modifier leur rôle, ils effectuent un ajustement de leur personne. Ils choisissent d'adapter ce qu'ils sont pour rentrer dans le rôle prescrit par l'établissement. Plus précisément, nous avons détecté 4 cas d'absorption parmi les responsables de pôle du CHU (Appareil Locomoteur, Biologie, Rééducation et Physiologie / Recherche, et Imagerie), et 2 cas parmi ceux du CH (Femme-Enfant et Gériatrie-MPR). Nous détaillons ici les cas des responsables des pôles Rééducation et Physiologie / Recherche du CHU et Gériatrie-MPR du CH, dont les pôles comprennent, en partie, des activités de rééducation et réadaptation physique, et dont les comportements

d'ajustement différent dans les caractéristiques personnelles remodelées. Les autres cas d'absorption ont été placés en annexe de cette thèse.

Le responsable du pôle Rééducation et Physiologie du CHU : une situation d'absorption de compétences

Notre premier cas d'absorption est celui du responsable du pôle Rééducation et Physiologie du CHU. Seul médecin étudié à être simultanément responsable de deux pôles (s'y ajoute le pôle Recherche), nous n'illustrons ici, par souci de lisibilité, que sa responsabilité concernant l'activité de rééducation (son mode d'ajustement restant toutefois le même concernant l'activité de recherche). Ce cas est caractérisé par un ajustement uniquement personnel, qui porte sur les compétences du médecin.

L'ajustement par le rôle : un respect des missions prescrites

En situation d'absorption, le responsable du pôle de Rééducation et Physiologie ne réalise aucun ajustement de son rôle. Il assure ses missions conformément aux prescriptions, qu'il s'agisse des objectifs stratégiques et financiers ou des activités plus bureaucratiques. D'une part, il adopte la logique médico-économique demandée. Pour lui, faire de la responsabilité de pôle, c'est avant tout se fixer des projets permettant l'optimisation des ressources. Il prend notamment l'exemple des actions transversales rendues possibles par le passage en pôle, et permettant la mutualisation de compétences. Cette transversalité s'est notamment concrétisée par l'inscription au sein du contrat de pôle 2008 d'un projet médico-économique concernant le traitement de maladies chroniques, en faisant intervenir à la fois des personnels rééducateurs et physiologistes sur des mêmes patients, nécessitant des soins de rééducation, de réadaptation, ou encore d'évaluation.

D'autre part, ce médecin met également en œuvre les activités plus bureaucratiques exigées par son rôle. Son attention se porte notamment sur l'animation des réunions de pôle, qu'il ne considère pas comme une contrainte, car lui permettant de discuter et d'approfondir les problématiques médico-économiques du pôle. Il prend l'exemple des réunions de pôle hebdomadaires où l'accent est mis sur les enjeux d'organisation des soins ou de recrutement, en lien avec l'activité générée.

« On discute des effectifs, des machins, des trucs. Le moindre quart de demi-poste est discuté. Mais c'est une sensibilisation très très globale de ces dernières années. On est extrêmement attentifs aux résultats, à la « production », et puis aussi aux dépenses. Aux recettes et aux dépenses. Et aussi, donc, aux aspects qui impactent là-dessus c'est à dire la gestion du personnel, etc. »

Ce médecin se conforme donc aux missions et activités attendues d'un responsable de pôle. Il ne modifie en rien son rôle, qu'il s'agisse des objectifs de réflexion médico-économique autant que des activités de réunion permettant d'y contribuer.

L'ajustement par l'individu : un apprentissage du rôle, une stabilité des valeurs

Cette stabilité dans le rôle prescrit ne se retrouve cependant pas dans les caractéristiques personnelles de ce responsable de pôle. En effet, celui-ci se présente comme ayant dû évoluer personnellement pour répondre aux attentes de son rôle, particulièrement en ce qui concerne ses compétences. Son pôle s'est créé à partir de l'activité de physiologie (dont il était le responsable), à laquelle s'est ajoutée celle de médecine physique et de réadaptation, qui n'existait pas au sein de l'établissement. Dans un premier temps, ce médecin a donc dû faire un effort de compréhension et d'élargissement de ses compétences à l'égard de la transversalité du pôle, afin de pouvoir apprendre à travailler avec une discipline qu'il ne connaissait pas. Son apprentissage a donc d'abord concerné les savoirs médicaux.

« Si vous voulez, [devenir responsable de pôle] ça m'a décentré de mes métiers d'origine, hein. Parce que les gens auxquels je m'intéresse maintenant font de la rééducation, ils font dans le cardiaque... Alors, à la fois j'avais de l'intérêt là-dedans potentiellement, mais c'est quand même des métiers que je ne connais pas bien. Donc j'ai été obligé d'apprendre. »

Dans un deuxième temps, bien qu'ayant acquis des compétences managériales au cours de sa carrière, celles-ci ne lui ont pas suffi à tenir correctement le rôle prescrit. Il a donc choisi de les développer en tant que responsable de pôle. Il évoque notamment son apprentissage de la gestion d'équipes projet, activité qu'il ne connaissait pas vraiment jusque-là. Enfin, dans un troisième temps, et cela malgré ses expériences dans la gestion budgétaire de structures médicales, il a dû développer des compétences en la matière afin d'affûter son raisonnement médico-économique. Cet apprentissage sur le tas lui a permis de mieux savoir lire et interpréter les données statistiques et comptables de son pôle, concernant à la fois le suivi des

effectifs et le suivi du budget. Cet apprentissage lui a été indispensable pour notamment pouvoir argumenter des demandes de ressources dans le cadre de ses projets.

En revanche, il insiste sur le fait que ses valeurs sont restées les mêmes, c'est-à-dire liées au service public, à la santé non marchande, ou encore à la bienveillance, et qu'il n'éprouve pas de difficulté à les défendre et les faire vivre dans le contexte actuel. Son discours montre qu'il adhère aux grandes lignes de la réforme, malgré de légères critiques. Il ne se trouve pas dans une situation conflictuelle avec les valeurs qu'il perçoit dans la réforme et son rôle. Pour lui, les objectifs qu'il poursuit et ceux que la direction générale de l'établissement visent sont très similaires. Ses valeurs personnelles ne sont donc pas changées, ni même remises en question.

« Je suis pas un grand tenant du pouvoir médical. Ca m'intéresse pas trop. Ce qui m'intéresse c'est que ça fonctionne. Et honnêtement, aujourd'hui, quand je discute avec les directeurs avec lesquels j'ai affaire, je dis pas qu'il y a pas de contradictions, il y en a, bien sûr, mais on parle pas un langage diamétralement opposé [...]. Je crois qu'honnêtement, aujourd'hui, si je sentais de vraies contradictions par rapport aux valeurs qui m'ont amenées à faire ce métier, à rester dans le secteur public, à défendre ça, à le promouvoir, je serais en opposition. Mais je le suis pas ».

Au final, le responsable du pôle Rééducation et Physiologie se situe donc bien dans un cadre d'absorption, puisque, en accord avec ses valeurs, il fait en sorte de se conformer au rôle qui lui est prescrit, en faisant évoluer certaines aptitudes. Son absorption s'effectue uniquement au niveau de ses compétences.

Le responsable du pôle Gériatrie-MPR (Médecine Physique et Réadaptation) du CH : une situation d'absorption de valeurs

Le second cas d'absorption que nous approfondissons ici est celui du responsable du pôle Gériatrie-MPR du CH. Contrairement au cas précédent, celui-ci n'est pas caractérisé par un ajustement personnel de ses compétences - bien qu'il y ait un apprentissage médico-économique. Il se distingue par une adaptation de ses valeurs. Nous allons voir que ce type d'absorption est encore plus impliquant pour l'individu. .

L'ajustement par le rôle : un respect des objectifs du rôle, une adaptation à la marge des activités bureaucratiques

Le responsable de ce pôle est un gériatre, précédemment chef du service de gériatrie. Son pôle comprend une dizaine d'unités toutes liées par une logique clinique autour des activités de gériatrie. Les contours de son pôle sont relativement proches des contours de son ancien service, à l'exception de l'unité de Médecine Physique et Réadaptation (MPR) qui a été rajoutée à cette structure. De ce fait, ce médecin ne perçoit pas de changements forts en termes de transversalité des spécialités. Par exemple, la mutualisation des ressources existait déjà dans son service de gériatrie, ainsi qu'entre son service et l'unité de MPR. Devenu responsable de pôle, il poursuit cette activité telle qu'il la pratiquait précédemment. En revanche, cette transversalité se heurte à des contraintes géographiques. En effet, les différentes activités du pôle sont dispersées sur plusieurs sites, fonctionnent selon des modalités diverses, et perdent de ce fait des possibilités de collaboration. Le responsable du pôle travaille donc, dans la logique de la nouvelle gouvernance, au rapprochement de ses unités, et à leur mise en cohérence. Il a ainsi construit et inscrit dans le contrat du pôle un projet médico-économique visant à regrouper ses différentes activités sur un même site et permettant un fonctionnement optimal du pôle.

« Moi, [mon objectif] c'est de mettre en place des projets, des protocoles communs à l'ensemble de la gériatrie, que toute la gériatrie fonctionne de la même façon [...]. C'est d'essayer d'avoir au maximum la cohérence du pôle [...]. L'idée du responsable de pôle, c'est de faire reconstruire Bonvert [l'un des sites en question] à l'hôpital [...]. C'est un des objectifs du pôle, essayer de regrouper toute la gériatrie pour qu'il y ait un fonctionnement de la gériatrie correct. C'est un projet qui est écrit dans le contrat de pôle. »

Le responsable du pôle mène également une réflexion médico-économique. Considérant que le budget global ne permet pas d'adopter une logique financière fine, il est convaincu que l'amélioration de la prise en charge des patients contribue à réfléchir à ces questions de gestion et d'organisation des soins. Par exemple, sa volonté de ne pas laisser vacants des lits d'hospitalisation, pour des raisons à la fois médicales et financières, l'a amené à mettre en place des chambres tampons (juxtaposées les unes aux autres) permettant d'économiser des personnels soignants. Cependant, ce responsable de pôle n'organise pas l'ensemble des réunions prévues par l'établissement. Il envisage ces rencontres comme contraignantes plutôt que comme une aide dans sa réflexion, et cela pour deux raisons : la distance géographique entre les sites qui rend difficile ce rapprochement, et la spécificité de certaines problématiques

qui intéressent rarement l'ensemble des acteurs du pôle. Il préfère donc rencontrer ponctuellement ses collaborateurs selon les besoins du pôle, et ne préserver que les réunions annuelles pour coordonner les différents projets. En ce sens, il ne s'agit donc pas d'une modification majeure des activités prescrites. Au final, il n'y a donc pas d'ajustement par le rôle.

L'ajustement par l'individu : un non-apprentissage, une évolution des valeurs

La stabilité du rôle prescrit ne se retrouve pas, là non plus, dans les attributs personnels du médecin. En effet, il ressent le besoin, pour mener correctement sa responsabilité de pôle, d'évoluer personnellement dans ses compétences, mais surtout dans ses valeurs. Tout d'abord, ses compétences évoluent en partie. Ayant déjà, auparavant, effectué des activités semblables à celles que son rôle lui prescrit actuellement, ce responsable de pôle n'a pas ressenti le besoin de développer de nouvelles compétences en termes de management d'équipe, ou de gestion transversale de ses activités (comme la mutualisation par exemple). De même, les formations qu'il a suivies à l'occasion de sa prise de fonction ne lui ont pas appris de nouveaux savoirs. Il n'évolue donc pas à ce niveau-là. En revanche, n'ayant jusqu'alors pas eu l'habitude de gérer des problématiques médico-économiques poussées (relatives au budget du pôle notamment), il a été forcé d'apprendre sur le tas comment procéder. Mais cette évolution vers les aspects médico-économiques se manifeste davantage dans sa personnalité, ses valeurs. En effet, contrairement aux autres responsables de pôle étudiés, ce médecin est le seul à avoir évolué dans ses règles de conduite et sa manière de penser. Ses valeurs, qu'il rattache davantage, initialement, au respect du patient, de la personne âgée, ont été directement, mais inconsciemment, impactées par son rôle. Dorénavant, il établit spontanément un lien entre médecine et gestion. En entretien, il exprime d'ailleurs son étonnement quant à cette évolution.

« Je me surprends de temps en temps à dire « on ne peut pas faire parce que financièrement on ne peut pas ». Et pourtant ce n'était vraiment pas mon truc. L'histoire des chambres tampons, pour reprendre ça, c'est que ça combine les deux : l'économique et le clinique. Ça ne me gêne pas d'avoir des chambres tampons pour le bien des malades. Et ça permet de faire des économies. »

Le responsable du pôle Gériatrie-MPR se trouve donc bien dans une situation d'absorption. Déjà impliqué dans des activités de gestion en tant que chef de service, il ne rencontre aucune difficulté à assurer les missions globales de son rôle. Cependant, ses valeurs nécessitent un ajustement afin d'associer médecine et gestion, comme le prescrit son rôle. Il procède donc à une absorption des valeurs de son rôle.

Les situations étudiées ici révèlent donc deux types de situations d'absorption différentes, que les comportements des responsables des pôles Rééducations et Physiologie du CHU et Gériatrie-MPR du CH illustrent bien, malgré des spécialités médicales en partie identiques au sein de leur pôle. D'une part, nous relevons des cas d'absorption de compétences, caractérisés par un non-ajustement des valeurs personnelles, mais un apprentissage des savoirs et savoir-faire requis pour la tenue du rôle prescrit. Ces situations sont plus ou moins profondes et plus ou moins exigeantes, en fonction de l'expérience de gestion des médecins. Quasi-systématiques parmi nos cas d'absorption (5 cas sur 6), ces situations ne sont pas particulièrement coûteuses pour les individus, comme le montre l'apprentissage progressif du responsable du pôle étudié ici. D'autre part, très exceptionnellement (1 cas sur 6), nous avons identifié une situation d'absorption de valeurs, se caractérisant par un faible ajustement des compétences, mais surtout une profonde adaptation des valeurs personnelles afin de s'accorder aux principes du rôle. Cette situation est plus profonde que l'absorption des compétences, car elle exige un changement dans les modes de pensée de l'individu. Comme l'illustre le cas que nous avons exploré, cette situation est peut-être plus coûteuse pour l'individu, mais finalement peu problématique. Ces situations d'absorption sont donc relativement exigeantes pour les individus. Cela pourrait donc expliquer pourquoi certains choisissent de ne pas s'adapter personnellement. Que se passe-t-il alors lorsque les médecins décident de laisser leur rôle s'ajuster à leur place ?

3.1.3. Les responsables de pôle en situation de détermination

Parmi les 22 responsables de pôle interrogés, 8 se trouvent en situation de détermination. Cela signifie qu'à l'inverse des cas d'absorption précédents, ces médecins ajustent les objectifs ou activités prescrites par leur rôle, plutôt que de modifier ce qu'ils sont. Ils choisissent de faire s'adapter leur rôle à ce qu'ils sont. Plus précisément, nous avons identifié 5 cas de

détermination parmi les responsables de pôle du CHU (Couple-Enfant, Pharmacie, Urgences-SAMU-SMUR, Santé Publique, et Digidune), et 3 cas parmi ceux du CH (Médecine et Pathologie Vasculaire, Urgences-Réanimation, et Médecine et Cancérologie). Nous approfondissons ici les cas des responsables des pôles Urgences-SAMU-SMUR du CHU et Urgences-Réanimation du CH, dont les pôles sont tous deux orientés autour de l'activité d'urgence, et dont les comportements d'ajustement diffèrent dans l'ampleur des modifications apportées au rôle prescrit. Les autres cas de détermination ont été placés en annexe de cette thèse.

La responsable du pôle Urgences-SAMU-SMUR du CHU : une situation de détermination des objectifs

Notre premier cas de détermination est celui de la responsable du pôle Urgences-SAMU-SMUR du CHU. Ce cas est caractérisé par un ajustement des activités mais surtout des objectifs prescrits par le rôle en fonction des valeurs personnelles prônées par le médecin. Nous allons voir que ce type de détermination entraîne des modifications profondes de la logique du rôle.

L'ajustement par le rôle : une redéfinition des objectifs du rôle

Ancienne chef de service des Urgences, cette responsable de pôle ne franchit pas l'étape de la mutualisation des responsabilités prescrites par son nouveau rôle. En effet, bien qu'animant les réunions du pôle, elle avoue ne pas s'immiscer dans la vie du service SAMU-SMUR, qu'elle considère comme appartenant à son collègue responsable du service. Les deux services continuent donc à être gérés séparément. Aussi, dès qu'elle décide de rentrer dans les détails de son activité de responsable de pôle, elle sépare bien les deux services du pôle et se focalise uniquement sur celui dont elle est parallèlement responsable (les urgences). Pour l'autre service (SAMU/SMUR), elle renvoie systématiquement à son collègue responsable, précisant qu'elle ne connaît pas suffisamment son fonctionnement. Cela témoigne d'une moindre implication dans la gestion de cette discipline. Son rôle est totalement focalisé sur l'activité des urgences. En ce sens, elle ne répond pas aux attentes de transversalité de la direction. De plus, son discours se centre très vite sur la pratique médicale, davantage que sur la gestion du pôle. Elle envisage ses activités de responsable de pôle de manière collective,

clinique et à court terme. Ses préoccupations sont extrêmement pratiques : organiser les équipes médicales et soignantes pour assurer le fonctionnement des urgences. Pour distinguer ses priorités, elle hiérarchise ses activités. Elle privilégie ses activités cliniques, qu'elle mène quotidiennement et met de côté ses autres activités qu'elle juge comme périphériques, annexes.

« Moi je suis suffisamment sur le terrain... J'y suis tout le temps. Je dis pas que je travaille tout le temps, mais je passe le matin, je passe le midi, je passe le samedi, je passe le dimanche. Les gens ils savent que je suis là. Mais moi je dis, je suis là pour le patient. Le reste, c'est pas mon problème. Non, mais, le reste, c'est du satellite. Il y a un patient, c'est centré sur le patient. »

Pour elle, ce qui importe dans la responsabilité de pôle, c'est la reconnaissance d'une structure globale d'urgences par les acteurs externes à l'établissement. Elle ne raisonne pas par rapport aux enjeux de réflexion médico-économiques liés à son rôle, mais par rapport au réseau disciplinaire national que ce dernier permet de construire. En ce sens, elle transforme fortement les objectifs de la responsabilité de pôle.

« Alors moi je suis responsable du pôle Urgences/SAMU/SMUR, qui a une certaine légitimité puisque ce pôle ne fait que des urgences – urgences intra et extra hospitalières – et regroupe du personnel médical qui ne fait que de l'urgence. Donc, pour moi ça a une lisibilité non seulement au niveau du CHU, mais une lisibilité sur le plan national, dans le sens qu'en même temps qu'est apparue l'idée de pôle, est apparue la formation des futurs urgentistes qui était un peu disparate. Donc pour moi il a une vraie légitimité ce pôle. Il est assez contenu mais c'est des personnes qui travaillent sur le même objectif. Il y a une cohérence et une vraie légitimité je pense. »

Ces éléments attestent d'un fort ajustement de son rôle, puisqu'elle en a transformé ses objectifs et ses activités. Elle réoriente ses missions autour de la clinique et redéfinit son rôle pour suivre ses projets médicaux personnels.

L'ajustement par l'individu : une stabilité personnelle, des valeurs revendiquées

Contrairement à son ajustement de rôle, elle ne fait pas du tout évoluer ce qu'elle est. Elle ne change pas personnellement. D'abord, cette stabilité se retrouve dans ses compétences. Elle explique notamment ne pas avoir acquis de compétences particulières en gestion, que ce soit

dans le cadre de sa prise de fonction, ou même au cours de sa carrière. Elle dit ne faire en gestion que ce que lui ont indirectement appris ses études et son parcours en médecine : la communication avec le personnel, qu'elle a appris à mettre en œuvre auprès des patients, la gestion des ressources humaines de son service, pour motiver ses équipes, et la réalisation de plannings, car la continuité des soins en dépend. Dans tous les cas, elle reconnaît et insiste sur le fait qu'elle ne dispose pas des compétences requises pour mener à bien l'ensemble de ses activités de responsable de pôle. Toutefois, elle considère que la formation à la gestion n'est pas le seul problème l'empêchant de s'adapter personnellement, et cela pour deux raisons : d'une part, parce l'organisation ne lui donne pas suffisamment d'autonomie pour gérer, et, d'autre part, parce que la gestion n'est pas liée directement à sa formation et à son cœur de métier. Il n'est donc pas seulement question de la capacité à gérer pour elle, mais aussi de l'autorisation et de la volonté de le faire.

Ensuite, cette stabilité personnelle se retrouve également au niveau de ses valeurs qui n'évoluent pas avec la prise de fonction. Cette stabilité des valeurs apparaît sous deux angles dans son discours. D'une part, elle prône la relation individuelle de soin au patient comme valeur centrale dans son travail (valeur fortement clinique). Plus que la protéger, elle la défend. D'autre part, elle repousse vivement les valeurs gestionnaires associées à son nouveau rôle. Pour elle, celles-ci ne correspondent pas à ses valeurs cliniques. Etant incompatibles, elle refuse d'ajuster les siennes.

« Non mais il y a que ça qui compte ! Il y a que ça qui compte, le fric, à l'heure actuelle ! Moi la valeur, c'est le patient. Point. Non, mais, on est là pour ça ! On est là pour s'occuper du malade, le mieux possible. Alors, je ne dis pas à n'importe quel coût. Je ne dis pas ça. Mais je dis du mieux possible, afin de leur offrir des soins de qualité. Et les soins de qualité, c'est tout : c'est depuis l'accueil jusqu'à... [voyant une infirmière prendre un sucre dans une boîte] son sucre. C'est tout. Moi, mon travail est centré sur le patient. »

Ces éléments indiquent qu'il n'y a pas d'évolution personnelle, ni de volonté d'évoluer, chez ce médecin. Au final, la responsable du pôle Urgences-SAMU-SMUR se trouve donc dans une situation de détermination, où elle ajuste uniquement son rôle pour qu'il corresponde à ce qu'elle est, que ce soit au niveau de ses compétences de base ou au niveau de ses valeurs en tant que médecin.

La responsable du pôle Urgences-Réanimation du CH : une situation de détermination des activités

Le second cas d'absorption que nous étudions ici est celui de la responsable du pôle Urgences-Réanimation du CH. Contrairement au cas précédent, celui-ci n'est pas caractérisé par un ajustement des objectifs du rôle, mais plutôt de certaines des activités permettant d'y parvenir. Il se distingue par une revendication de la profession et de la spécialité d'appartenance. Nous allons voir que ce type de détermination provoque aussi de lourdes modifications dans le rôle prescrit, sans le redéfinir complètement pour autant.

L'ajustement par le rôle : une modification des activités du rôle

La responsable du pôle Urgences-Réanimation est dans une situation de détermination, où elle modifie fortement son rôle. Elle a connu un parcours transversal. D'abord interne urgentiste, elle a rapidement pris fonction en tant que réanimateur dans le même établissement après son internat. Les deux spécialités sont très liées, notamment pour avoir constitué un seul et même service jusqu'en 1998. Cette proximité permet à sa responsable de réfléchir plus facilement à la collaboration transversale dans le pôle. De même, habituée à gérer les problèmes de remplacement entre ces deux services, elle met en œuvre spontanément la mutualisation dans les projets du pôle. Elle prend l'exemple de l'activité de biomédecine, qui a pris forme à partir de la mutualisation des différents cadres de santé du pôle. En revanche, elle considère que son rôle se limite à cette mission de coordination par les projets. Elle refuse d'intervenir dans la gestion budgétaire du pôle pour plusieurs raisons. D'abord, parce qu'elle juge cette activité trop éloignée de sa profession d'origine. Ensuite parce qu'elle estime ne pas avoir suffisamment d'informations de la part de la direction pour le faire.

« On n'a aucune visibilité sur la gestion. On a une visibilité sur notre activité, on sait le nombre de passages qu'on a en réa, le nombre de forfaits réa, le nombre de passages aux urgences, le nombre de sorties Smur [...]. On parle d'EPRD, mais on ne peut pas envisager l'EPRD sans connaître le détail des recettes et dépenses. Or on ne connaît en dépenses que le personnel et en recettes que la T2A. Ce qui est complètement réducteur. Mais à la fois, ce n'est pas mon métier. Je serais très embêtée le jour où on me dit « vous gérez le budget du pôle ». Je ne sais pas faire. »

De même, elle a décidé de ne plus organiser de réunions de pôle, qu'elle considère comme peu productives en termes de décisions. Elle les envisage comme une contrainte dans son rôle, une perte de temps.

L'ajustement par l'individu : une stabilité personnelle, des compétences revendiquées

En revanche, cette responsable de pôle n'effectue aucun changement dans ce qu'elle est. Ayant déjà tenu des responsabilités de gestion dans l'établissement (vice-présidente de la CME), elle estime ne pas avoir besoin d'évoluer pour s'adapter à son nouveau rôle. Elle sait gérer des équipes, animer des réunions, ou encore organiser le travail. Pour elle, il y aurait même un risque à vouloir développer des compétences qui ne soient pas liées à son métier d'origine. Les techniques de gestion la détourneraient en effet de ses connaissances cliniques, qu'elle finirait par perdre. L'apprentissage d'un nouveau métier constituerait donc pour elle une menace vis-à-vis de ses compétences de médecin. Elle refuse par conséquent toute adaptation de ses aptitudes pour soutenir son rôle.

« Mon métier, c'est de soigner les malades. Après c'est vrai que j'ai évolué dans mon exercice en prenant des responsabilités transversales hospitalières [...]. Mais je ne me reconnais pas du tout en tant que gestionnaire. Pourquoi ? Parce que je n'ai pas la compétence, je ne sais pas faire, ce n'est pas mon métier [...]. Moi, contresigner un tableau de bord que je n'ai pas analysé et que je suis incapable d'analyser, c'est n'importe quoi ! »

Ensuite, en termes de valeurs, elle n'évolue pas non plus. Ses valeurs concernent le soin au patient et ne font pas référence à son rôle de responsable de pôle. Elle établit d'ailleurs un lien fort entre ses valeurs et ses compétences. Selon elle, apprendre à mener des missions de gestion la détournerait également de ses valeurs en tant que médecin.

La responsable du pôle Urgences-Réanimation se positionne donc bien dans une situation de détermination, où elle décide d'adapter son rôle pour ne pas modifier ses valeurs, ni ses compétences. Elle préfère modifier, voire supprimer ses activités de gestion médico-économique plutôt que d'effectuer la transition vers le rôle de responsable de pôle.

Les situations de détermination approfondies ici mettent en exergue deux types de comportements différents, appuyés par les cas des responsables des pôles Urgences-SAMU-

SMUR du CHU et Urgences-Réanimation du CH, malgré leurs contours disciplinaires de pôle particulièrement proches. D'une part, nous identifions des situations de détermination des objectifs du rôle, caractérisées par une revendication d'incompatibilité entre la logique portée par le rôle et les principes de référence personnels. Majoritaires parmi nos cas de détermination (5 cas sur 8), ces situations permettent aux individus de combattre les valeurs diffusées par le rôle afin de respecter les leurs. Les conséquences sur le rôle sont donc très profondes, changeant radicalement le travail prescrit. D'autre part, nous mettons en avant des situations de détermination des activités courantes du rôle, caractérisées par une mise à l'abri des compétences médicales de base. Plus minoritaires (3 cas sur 8), ces comportements permettent aux individus de défendre les compétences de leur métier et de leur discipline de base pour s'opposer aux compétences requises par le rôle. Les conséquences sur le rôle, bien que demeurant fortes, sont moins importantes, car changeant principalement les méthodes pour parvenir à atteindre les objectifs. Les situations de détermination pouvant donc être particulièrement défavorables pour le rôle, nous pouvons nous questionner sur les impacts d'un tel comportement, conjugué à une situation d'absorption. Que se passe-t-il alors lorsque les ajustements se font à la fois par le rôle et par l'individu ?

3.1.4. Le responsable de pôle en situation d'exploration, un cas unique

Parmi les 22 responsables de pôle étudiés, seulement 1 se situe dans un cas d'exploration. Cette situation signifie qu'à l'inverse des cas de réplication vus précédemment, ce médecin ajuste non seulement le rôle prescrit par l'organisation mais aussi ce qu'il est en tant que personne. Il choisit à la fois de s'adapter personnellement aux exigences et de modifier ces dernières. Plus précisément, le médecin que nous avons identifié dans cette situation est un médecin du CHU, responsable du pôle Centre de Gestion des Blocs. Atypique parmi les médecins rencontrés, nous approfondissons ici son cas, en développant ses deux dynamiques d'ajustement. Nous allons notamment voir que ce type de comportement est difficile à assumer dans la durée pour l'individu, alors considéré comme perturbateur pour l'organisation.

Le responsable du pôle Centre de Gestion des Blocs du CHU : une situation d'exploration destructive

Cas unique parmi ceux étudiés, le responsable du pôle Centre de Gestion des Blocs se situe dans la position la plus novatrice : celle de l'exploration, où il y a à la fois ajustement par le rôle et par la personne. Il se caractérise par une forte volonté d'évoluer personnellement, associée à un esprit d'initiative au-delà des missions qui lui sont attribuées. Nous allons voir que ce type de situation peut s'avérer difficilement acceptable pour l'organisation.

L'ajustement par le rôle : l'innovation dans les activités prescrites

Le pôle Centre de Gestion des Blocs, et c'est le seul, ne résulte d'aucun regroupement de services. Il a été constitué de toutes pièces à l'occasion de la réforme. Jusqu'alors, les blocs opératoires étaient gérés directement par les services de chirurgie qui les utilisaient. Le futur responsable de pôle, chirurgien plasticien de la main, a convaincu le directeur général de l'intérêt de désolidariser les blocs des services de chirurgie et de les regrouper dans un seul pôle pour les gérer collectivement. Pour lui, ce projet était avant tout un projet médico-économique, car permettant d'améliorer la productivité de l'activité chirurgicale. Atypique sur ce plan-là, il est l'initiateur de la création de son pôle.

« [Le DG] trouvait que c'était bien de faire un système qui gère les blocs transversalement, et ainsi de suite. Et moi, à l'époque, alors que j'étais pressenti pour le [pôle] Tête et Cou, j'avais déjà amendé dans ce sens-là, en disant « c'est une excellente idée, il faut faire ça ! Il faut faire un Centre de Gestion des Blocs ! ». Un truc transversal qui soit prestataire de services et qui mette à disposition des chirurgiens les salles, les personnels, les matériels... C'est lourd, mais c'est un truc qui fait un gain de productivité fantastique ! »

Dans cette logique, il a donc activement participé à la réflexion et à la mise en œuvre de cette nouvelle structure, avec notamment la rédaction d'un programme de changement à destination des chirurgiens (« les 12 travaux d'Hercule »). Ce programme avait vocation à expliquer les mesures organisationnelles à adopter afin de parvenir à l'évolution souhaitée. En ce sens, nous considérons qu'il s'agit d'un acte d'ajustement fort du rôle de responsable de pôle. Cette participation active à la conception du pôle, qui fait de lui un cas singulier, se retrouve dans sa volonté de lancer une réflexion nationale sur les réorganisations des blocs opératoires. En

effet, conscient de l'originalité de son projet, il a cherché, dans une démarche prospective, à faire se rencontrer les trois responsables de ce type de pôle en France.

Bien que respectant les activités bureaucratiques du pôle (par exemple, les réunions), ce médecin modifie donc le rôle qui lui a été prescrit en allant au delà des exigences de la direction. Opposés à la collectivisation des blocs, les chirurgiens ont cependant mis leur veto au projet. Le responsable de pôle, sous la pression de ses pairs et le non-soutien du directeur général, a finalement démissionné de son poste.

L'ajustement par l'individu : une démarche personnelle d'apprentissage

Cet ajustement du rôle s'est également accompagné d'évolutions personnelles. Ce médecin affirme avoir appris beaucoup de ses relations de travail avec l'équipe de pôle, aussi bien au niveau managérial, dans la gestion des projets notamment, que juridique, concernant les possibilités légales d'action. A ce titre, c'est également le seul responsable de pôle interrogé à avoir autant reconnu la valeur ajoutée des nouveaux rôles de cadre coordonnateur, cadre administratif, et directeur référent. Ces relations de travail lui ont donc permis l'apprentissage du rôle de responsable de pôle sur le tas. Toutefois, cet apprentissage personnel ne s'arrête pas là. En effet, étant donné les lacunes qu'il ressentait dans le domaine de la gestion avant d'intégrer son nouveau rôle, ce médecin a décidé, seul, de s'engager dans une formation continue en gestion de la santé. Pour lui, il était inconcevable d'entrer dans le rôle responsable de pôle sans avoir les compétences préalables en gestion financière notamment. Cette formation, non prescrite par la direction, a constitué une initiative totale de sa part.

« Quand les pôles sont arrivés, j'ai eu très très peur. Gérer des individus, ça, ça va, mais alors des histoires de finances... pfou, pas question ! Et il se trouve que j'ai un copain qui était très controversé au pôle de Marseille, et qui avait fait ce Master à Sciences Po, qui s'appelle donc « gestion et politiques de santé ». Il m'a dit « c'est un truc super ! Tu devrais y aller, c'est vachement bien ». Du coup, moi je me suis dit « c'est parfait ! Je m'inscris à ce machin-là, je vais apprendre des trucs ». »

En revanche, ses valeurs, orientées autour de la prise de recul et de la responsabilité de ses actes (« science et conscience »), n'ont pas changé avec son arrivée dans le rôle de responsable de pôle. Au contraire, déjà très favorables à la compréhension de la logique

gestionnaire, elles se seraient plutôt renforcées avec sa prise de fonction. Il n'y a donc pas d'ajustement des valeurs car elles sont en adéquation avec la logique du rôle.

Au final, le responsable du pôle Centre de Gestion des Blocs se situe donc bien dans une posture d'exploration, où il a à la fois été plus loin dans la manière de jouer son rôle, en l'initiant et en innovant dans ses activités tout en conservant les objectifs initiaux, et a développé de nouvelles aptitudes personnelles concernant différents aspects de la gestion. Ses valeurs, en revanche, en adéquation avec la logique du rôle, sont restées les mêmes.

La situation d'exploration examinée ici, qui est la seule parmi nos différents cas d'ajustements (1 cas sur 22, ou 1 cas sur 14 si l'on ne considère que le CHU), met en avant le comportement novateur pouvant être adopté exceptionnellement par les médecins en transition vers le rôle de responsable de pôle. Le cas du responsable du pôle Centre de Gestion des Blocs révèle que l'innovation simultanée dans le rôle prescrit et dans les caractéristiques personnelles n'est pas forcément favorable à l'individu. En effet, bien que favorisant l'apprentissage individuel et l'autonomie dans la tenue du rôle, cette exploration est risquée du point de vue de l'acceptation organisationnelle des actions menées. Conduisant dans notre cas à la démission contrainte du responsable de pôle, elle s'avère donc destructive pour l'individu.

Ajustement par l'individu

Faible

Fort

| | | | |
|-----------------------------------|---------------|--|---|
| <p>Ajustement par le rôle</p> | <p>Faible</p> | <p>Réplication</p> <p>RP Anesthésie-Réanimation RP Pluridisciplinaire de médecine RP Psychiatrie-Neurologie RP Cancérologie RP Chirurgie-Bloc-Anesthésie RP Médico-Technique RP Psychiatrie</p> | <p>Absorption</p> <p>RP Appareil locomoteur RP Biologie RP Rééducation et Physiologie – Recherche RP Imagerie RP Femme-Enfant RP Gériatrie-MPR</p> |
| | <p>Fort</p> | <p>Détermination</p> <p>RP Couple-Enfant RP Pharmacie RP Urgences-SAMU-SMUR RP Santé publique RP Digidune RP Médecine et Pathologie Vasculaire RP Urgences-Réanimation RP Médecine et Cancérologie</p> | <p>Exploration</p> <p>RP Centre de gestion des blocs</p> |

Légende : responsables de pôle du CHU en vert / responsables de pôle du CH en bleu

Figure 6. Synthèse des situations d'ajustement des 22 responsables de pôle du CHU et du CH étudiés (rappel)

Comme nous avons pu le voir au travers de ces résultats, les ajustements « rôle-individu » effectués par les responsables de pôle interrogés sont très variés. S’orientant davantage autour des situations de détermination (8 cas sur 22), de réplication (7 cas sur 22), et d’absorption (6 cas sur 22), plutôt que sur l’exploration (1 cas sur 22), ces résultats sont révélateurs d’un non-conformisme des ajustements, et surtout de la simple capacité d’ajustement des médecins avec leur nouveau rôle, argument particulièrement nuancé par la littérature. Nos résultats montrent également des variations parmi ces modes d’ajustement : la réplication peut aussi bien être vécue de manière conflictuelle (cas du responsable du pôle Cancérologie du CHU) que de manière aisée pour l’individu (cas du responsable du pôle Médico-Technique du CH) ; l’absorption peut concerner autant les compétences (cas du responsable du pôle Rééducation et Physiologie du CHU) que les valeurs personnelles (cas du responsable du pôle Gériatrie-MPR du CH) ; la détermination peut à la fois porter sur les objectifs (cas de la responsable du pôle Urgences-SAMU-SMUR) que sur les activités du rôle (cas de la responsable du pôle Urgences-Réanimation). Seule l’exploration, cas unique, ne nous permet pas d’envisager la dimension de la variété. Afin d’approfondir la teneur de ces résultats, nous allons à présent les discuter.

3.2. La transition vers le rôle de médecin-gestionnaire : l’importance de la dimension individuelle

Comme le montrent nos résultats, la transition des individus vers un rôle de médecin-gestionnaire se fait donc au travers de diverses dynamiques d’ajustement. Aussi bien dans le CHU que dans le CH, les médecins sont répartis de manière assez hétérogène entre chacune des postures d’ajustement, à l’exception de l’exploration. La détermination concerne huit individus, la réplication sept individus, l’absorption six individus, et l’exploration un seul individu. Globalement, lors de leur transition, les médecins seraient donc plus enclins à ajuster leur rôle qu’eux-mêmes, même si l’écart entre les deux postures n’est pas net. En revanche, le double ajustement (du rôle et de soi-même) est très rare. Les responsables de pôle ne cherchent pas à tout remettre en question, ils préfèrent conserver une certaine stabilité (du rôle ou d’eux-mêmes) allant même jusqu’à ne rien changer du tout. Cette stabilité semble grandement l’emporter, aussi bien au niveau du rôle qu’au niveau de l’individu. Nous allons

ici tenter de discuter ces résultats en deux temps. D'abord, nous allons essayer de comprendre l'influence des ajustements « rôle-individu » sur la réussite d'une transition vers un rôle de médecin-gestionnaire, afin de répondre à notre première question de recherche. Nous en profiterons pour identifier les implications théoriques et pratiques de nos résultats (3.2.1). Puis, nous tenterons de mettre en évidence les raisons explicatives de la variété des ajustements observés. Pour cela, nous analyserons les éventuels impacts de l'organisation, des spécialités médicales, et du profil individuel sur les modes d'ajustement. Par ce biais, nous contribuerons à une réflexion plus pratique sur le sujet des transitions (3.2.2).

3.2.1. L'influence des ajustements « rôle-individu » sur la transition vers un rôle de médecin-gestionnaire

Nos résultats prônent donc la variété des modes d'ajustement par lesquels les médecins entrent dans le rôle de médecin-gestionnaire. Toutefois, l'hétérogénéité de nos résultats signifie-t-elle que tous les médecins ont réussi la transition vers un rôle de médecin-gestionnaire ? La réponse est : non. Les ajustements ne signifient pas nécessairement que la transition a bien eu lieu vers le rôle prescrit. Nous remarquons dans nos résultats quatre grandes tendances de transition que nous allons maintenant détailler : l'influence favorable des situations de réplication sur ces transitions de rôle, l'influence favorable des situations d'absorption, l'influence plutôt défavorable des situations de détermination, et l'influence défavorable des situations d'exploration.

Les situations de réplication, favorables aux transitions vers un rôle de médecin-gestionnaire

La première tendance correspond à la posture de réplication. Elle peut être résumée par l'idée : « je savais déjà faire, je faisais déjà comme ça avant, donc je continue à faire la même chose ». Les médecins dans cette posture ont réussi la transition de rôle car ils n'avaient, en fait, pas à en faire. En tant que chef de service, ils fonctionnaient dans la même logique que celle d'un responsable de pôle : attention particulière au coût des soins, mise en place de projets transversaux avec d'autres disciplines... Cette situation est donc bénéfique pour l'organisation, qui ne supporte aucun coût d'accompagnement de la transition.

Cela ne veut cependant pas dire que l'individu ne rencontre aucune difficulté à mener cette transition. En effet, parmi les sept membres de cette catégorie, deux se trouvent en situation de conflit de rôle (responsables des pôles Cancérologie et Anesthésie-Réanimation du CHU), percevant des incompatibilités entre leurs missions de médecin et celles de gestionnaire. Il est difficile de savoir si ces conflits préexistaient à la création des pôles ou s'ils sont apparus lors de la transition. Cependant, la transition ne semble pas être étrangère à leur développement. Pour l'un des cas (responsable du pôle Cancérologie), le conflit de rôle semble corrélé à l'élargissement du périmètre de gestion – l'intervention dans les autres spécialités médicales du pôle n'étant pas souhaitée par le responsable. Pour le second cas (responsable du pôle Anesthésie-Réanimation), le conflit semble lié à la prise de distance par rapport au terrain – les difficultés de compréhension entre les équipes de soins et la direction se cristallisant autour du responsable de pôle. Par ailleurs, dans ces deux cas, les réactions aux conflits sont différentes : l'un souhaite quitter son rôle, malgré les refus successifs de la direction (responsable du pôle Cancérologie) ; l'autre continue à le tenir (responsable du pôle Anesthésie-Réanimation). Dans les deux cas cependant, les difficultés n'ont pas d'incidence directe sur la réussite de la transition de rôle.

Les situations d'absorption, favorables aux transitions vers un rôle de médecin-gestionnaire

La deuxième tendance notée rejoint la posture d'absorption. Nous la résumons par l'idée : « je ne sais pas faire, mais je veux m'adapter ». Les médecins en absorption ont tous réussi la transition car ils ont appris leur rôle en l'expérimentant, soit par le développement de nouvelles compétences de gestion (5 cas sur 6), soit exceptionnellement par l'intégration de nouvelles valeurs médico-économiques (1 cas sur 6). L'établissement n'accompagnant que très peu la transition (brèves formations), cette posture lui est bénéfique. Il ne subit aucun coût direct, à l'exception de la phase d'expérimentation du rôle par l'individu. Sa prise de fonction n'est donc pas immédiate.

Pour l'individu, le coût de l'apprentissage est aussi relativement faible car son ajustement se fait au travers de son travail quotidien et par l'interaction avec ses cadres assistants et son directeur délégué/référent. Ce coût semble d'autant plus faible que tous les médecins dans cette posture avaient un attrait préexistant pour la gestion, ou alors l'ont développé en prenant le rôle. Ils n'ont donc pas vécu cet ajustement personnel comme difficile. L'apprentissage

pourrait être plus compliqué si, par exemple, les médecins n'étaient pas en accord avec la réforme. La sélection des responsables de pôle en amont pourrait donc être cruciale pour la réussite de la transition.

Les situations de détermination, défavorables aux transitions vers un rôle de médecin-gestionnaire

La troisième tendance observée concorde avec la situation de détermination. Elle correspond à l'idée : « je ne sais pas ou ne veux pas faire et je ne veux pas m'adapter ». Aucun des médecins situés en détermination n'a complètement réussi la transition de rôle car aucun d'eux n'a souhaité le tenir, ou apprendre à le tenir. Cet ajustement ne signifie cependant pas que ces médecins ne comprennent pas la logique du rôle. Ils préfèrent simplement ne pas la mettre en application dans leur activité, soit par désintérêt personnel pour la gestion, soit par priorisation des missions cliniques. Aussi, il n'y a pas, parmi cette catégorie de détermination, de responsables de pôle ayant choisi d'aller plus loin que les activités prescrites, dans le respect des objectifs du rôle. Dans nos huit cas, la détermination du rôle est toujours faite à son détriment.

Les modifications observées concernent aussi bien les objectifs du rôle (5 cas sur 8), comme l'optimisation des ressources utilisées ou la collaboration interdisciplinaire, que les activités plus concrètes (3 cas sur 8), comme l'organisation de réunions ou la rédaction du contrat de pôle. Dans tous les cas, la modification des objectifs n'est pas forcément liée à la modification des activités, et inversement : certains médecins, bien que n'adoptant pas la logique médico-économique, continuent à mettre en place des réunions de pôle afin de discuter des problématiques de terrain, de la même façon que certains d'entre eux adoptent une logique médico-économique, mais abandonnent les activités bureaucratiques.

Ce type de posture est coûteux pour l'organisation, car elle doit intervenir pour combler les manques. Cette intervention ne concerne pas directement les responsables de pôle mais leurs collaborateurs (cadres assistants ou directeur référent par exemple), auxquels la direction demande soit de l'aide sur certaines activités, soit une suppléance totale au responsable de pôle. A l'inverse, le coût pour l'individu est nul, car rien ne change pour lui. Les situations de détermination sont donc largement défavorables à la réussite de ce type de transition, surtout lorsque les objectifs du rôle sont modifiés.

Les situations d'exploration, peu favorables aux transitions vers un rôle de médecin-gestionnaire

La quatrième et dernière tendance notée s'applique à la posture d'exploration. Elle peut être résumée par l'idée : « je ne sais pas faire, mais je veux m'adapter et en faire plus ». Le seul médecin compris dans cette catégorie a non seulement réussi la transition, car il a appris son rôle, mais également amélioré celui-ci, en prenant des initiatives en sa faveur. Cette combinaison, plus rare, semble se produire lorsqu'un médecin s'intéresse personnellement à la gestion, et souhaite créer un rôle qui n'est pas prévu par l'organisation. Dans cette logique, il est prêt à s'adapter personnellement si besoin, en apprenant de nouvelles pratiques de gestion.

A priori très bénéfique pour l'organisation car permettent d'innover, cette posture est cependant risquée. La preuve en est que le médecin en question a été obligé de démissionner de son rôle de responsable pour ne pas remettre trop brutalement en question la culture de l'établissement. L'organisation a donc dû nommer un autre responsable à sa place. Cette dynamique est également risquée pour l'individu qui doit non seulement s'investir dans un apprentissage continu (des prescriptions et de ses initiatives), mais aussi se confronter à des personnes opposées à son action (ici, les autres chirurgiens). Cette posture peut donc être délicate à assumer et s'avérer peu favorable à la transition vers un rôle de médecin-gestionnaire.

Comme l'analyse de ces quatre postures le montre, il n'existe donc pas une forme d'ajustement typique pour la réussite d'une transition vers le rôle de médecin-gestionnaire dans notre cas. Deux postures y sont plus favorables cependant : la réplique et l'absorption. Ces situations aboutissent à la tenue du rôle attendue par l'organisation, soit parce que l'individu l'avait expérimenté auparavant, soit parce qu'il est intéressé et accepte de l'apprendre. Au contraire, la posture de détermination est néfaste à la transition et se traduit systématiquement par un échec plus ou moins fort. En effet, bien que la détermination des objectifs rende nulle la transition, la détermination des activités ne constitue qu'un échec partiel, les objectifs étant bien respectés. Un désintérêt pour le rôle pourrait donc suffire, seul, à enrailler une transition. Enfin, la situation d'exploration, trop exceptionnelle dans notre étude, ne permet pas de tirer des conclusions fortes, sinon que l'adhésion excessive, et non contrôlée, à un rôle est à éviter.

Par ailleurs, il est important de noter que l'argument théorique répandu d'une transition systématiquement difficile pour tenir un rôle de médecin-gestionnaire n'apparaît pas dans notre cas. En effet, sur 22 médecins étudiés, seuls 5 n'ont pas du tout réussi la transition (en redéfinissant les objectifs du rôle), et 3 ne l'ont réussi que partiellement (en détournant certaines activités). La transition au rôle de médecin-gestionnaire est donc possible, par réplication ou absorption du rôle, et éventuellement par détermination lorsque celle-ci ne concerne que les activités prescrites, et pas la logique et les objectifs du rôle. Nous répondons par conséquent à notre première question de recherche :

Réponse à la question de recherche n°1 :

Un médecin peut mener sa transition vers un rôle de médecin gestionnaire à partir de non-ajustements (situations de réplication), d'ajustements par l'individu (situations d'absorption), et d'ajustements par le rôle limités (situations de détermination des activités). Les ajustements par le rôle profonds (situations de détermination des objectifs) et les ajustements mixtes (situations d'exploration) peuvent conduire à un échec de la transition.

Cette réponse nous permet d'instiguer une discussion approfondie de nos résultats.

Implications de nos résultats sur l'autonomie et les conflits de rôle lors des transitions vers un rôle de médecin-gestionnaire

Au travers de notre réponse à la première question de recherche, nous ne rejoignons pas l'argument fortement développé par la littérature considérant que les transitions vers un rôle de professionnel-gestionnaire sont difficiles, voire impossibles.

Proposition théorique n°1 : la transition vers un rôle de médecin-gestionnaire est possible par des ajustements variés, à l'exception des situations de détermination des objectifs du rôle et d'exploration.

Ce constat nous permet de présenter nos implications théoriques et pratiques concernant trois principaux axes de recherche relatifs aux transitions de rôle : la perte d'autonomie des médecins-gestionnaires, les tensions de rôle rencontrées par les médecins-gestionnaires, ainsi

que les dynamiques enclenchées par les médecins-gestionnaires pour résoudre leurs tensions de rôle.

Premièrement, nous avançons l'argument selon lequel l'autonomie des médecins (et plus largement des professionnels) n'est pas remise en question lors de la transition vers un rôle de médecin-gestionnaire. Contrairement à ce que la littérature relative au *New Public Management* suggère (voir notamment Butterfield et al., 2004 ; Button et Roberts, 1997), malgré les prescriptions de l'organisation en termes de gestion, les médecins conservent une liberté d'action dans leur rôle. En effet, les pratiques de contractualisation, typiquement, n'ont pas ici d'effet coercitif sur les médecins. Bien qu'engagés auprès de la direction générale, ils parviennent tout de même à renégocier leur rôle, que ce soit de manière marginale (via la réduction du nombre de réunions de pôle prescrites, par exemple), de manière modérée (par la suppression complète des réunions de pôle, par exemple), ou de manière profonde (en modifiant radicalement l'objectif des réunions, par exemple). Même pour les médecins n'ajustant pas leur rôle, il semblerait que ce choix soit davantage dû à une volonté de le respecter plutôt qu'à une obligation de le faire.

Toutefois, dans la lignée de ce que la littérature propose (Llewellyn, 2001), les missions assignées aux médecins-gestionnaires semblent ici impacter de manière neutre, voire négative, leur légitimité professionnelle. Bien que nos résultats ne nous permettent pas d'attester totalement cet argument, nous avons relevé un certain nombre de discours montrant la distanciation entre les responsables de pôle et leurs pairs médecins, ces derniers estimant que les premiers ont modifié voire changé de profession. Il y aurait donc bien un effet de déprofessionnalisation via la transition vers un rôle de médecin-gestionnaire. Cependant, contrairement à ce que cette même littérature suggère, les conséquences pour les médecins semblent être moindres. En effet, nous n'avons détecté que de très légers cas de pertes d'estime par exemple (Fitzgerald et Ferlie, 2000), où le responsable de pôle se sent en partie rejeté par sa communauté professionnelle initiale. Dans ces situations, c'est la considération, par les pairs, des activités de gestion comme des « sales boulots » qui favoriseraient la stigmatisation des responsables de pôle (Hughes, 1951). Dans tous les cas, cette perte de légitimité ne réduit pas le pouvoir des médecins-gestionnaires. Ils conservent leur autonomie professionnelle (Freidson, 1988) pour s'ajuster lors de la transition. La modification du rôle (suppression d'activités, redéfinition des objectifs) pourrait d'ailleurs être interprétée comme une manière pour les médecins-gestionnaires de s'éloigner de ces stigmates (Ashforth et Kreiner, 1999).

Proposition théorique n°1a : l'autonomie des médecins n'est pas nécessairement remise en question lors de la transition vers un rôle de médecin-gestionnaire.

Deuxièmement, via nos résultats, nous suggérons que les conflits de rôle, entre médecin et médecin-gestionnaire, lors des transitions, sont peu fréquents et peu contraignants. Contrairement à ce qu'avancent les travaux relatifs aux tensions de rôle chez les professionnels-gestionnaires (voir notamment Ashburner et al., 1996 ; Bolton, 2000 ; 2004 ; Braithwaite and Hindle, 2001 ; Brooks, 1999 ; Butterfield et al., 2004 ; Butterfield et al., 2005 ; Button et Roberts, 1997 ; Ferlie and Shortell, 2001 ; Fitzgerald et Ferlie, 2000 ; Llewellyn, 2001), nous constatons que ces tensions ne sont finalement pas systématiques. En effet, nous n'avons répertorié ici que deux cas de conflits de rôle parmi les 22 transitions étudiées. Ces cas revêtent donc un caractère extrêmement minoritaire, voire exceptionnel, contredisant l'argument de leur quasi-systématisme.

Proposition théorique n°1b : les conflits de rôle, entre médecin et médecin-gestionnaire, lors des transitions, peuvent s'avérer peu fréquents et peu contraignants.

Les conflits de rôle identifiés dans notre recherche mettent l'accent sur les trois dimensions traditionnellement traitées par la littérature, à savoir les conflits liés aux compétences, notamment lorsque le responsable de pôle se sent incapable d'intervenir sur d'autres spécialités que la sienne ; les conflits liés aux ressources, par exemple lorsque le responsable de pôle se dit dans l'incapacité de tenir correctement son rôle en raison du faible budget qui lui est attribué ; et les conflits liés au temps de travail, notamment lorsque le responsable de pôle se plaint de ne pas pouvoir assurer à la fois ses missions auprès de sa spécialité et auprès des autres disciplines du pôle. Nous notons cependant un quatrième type de conflit, peu conceptualisé par la littérature sur les tensions de rôle : le conflit d'identité (McGivern et al., 2006). Il apparaît ici, dans nos deux cas, sous la forme de tensions entre l'appartenance au rôle de responsable de pôle, et l'appartenance à la profession de médecin. Il se manifeste de manière très similaire aux problématiques de stigmatisation évoquées plus haut, à savoir par la mise en opposition des caractéristiques des deux unités d'appartenance : le rôle de responsable de pôle est tantôt considéré comme supérieur à la profession médicale, tantôt moins valorisant. Ce conflit se rapproche donc la logique d'opposition entre professions et « sales boulots » (Hughes, 1951).

Troisièmement, nous proposons que les stratégies mises en œuvre par les médecins pour résoudre ou calmer leurs conflits de rôle ne nuisent pas à la tenue du rôle. En effet, contrairement à ce que met en avant la littérature à ce sujet (voir par exemple Button et Roberts, 1997), les responsables de pôle en conflits de rôle que nous avons étudié, ne modifient ni les objectifs, ni les activités qui leur sont prescrits. Ils continuent d'assurer leurs missions, mais en tentant de ne pas se confronter à des situations problématiques. Par exemple, si le conflit concerne le temps de travail, la stratégie peut consister en une meilleure répartition du temps dédié aux différentes spécialités du pôle. Cependant, la plupart du temps, les responsables de pôle étudiés ne semblent pas gérer ces conflits. Ils choisissent donc de les supporter, quitte à le vivre très mal, comme le montrent nos deux exemples.

En revanche, nous émettons l'hypothèse que d'autres responsables de pôle, parmi ceux interrogés, ont précédemment vécu, ou failli vivre, des conflits de rôle, mais les ont géré en amont, refusant de les assumer dans la durée. C'est notamment le cas des médecins en détermination, proclamant ne pas vouloir s'adapter personnellement parce que le rôle prescrit ne correspondait pas à leurs valeurs ou compétences personnelles. On peut alors imaginer que ces actions d'ajustement par le rôle sont le résultat de conflits initiaux, difficilement tenables, ayant poussé les responsables de pôle concernés à modifier les objectifs ou activités provoquant une tension dans leur travail quotidien. Des signes émergent de leur discours, notamment via leurs revendications du métier d'appartenance ou des compétences de base de leur spécialité. Bien qu'il nous soit difficile de le montrer de manière rétrospective, ces résultats supporteraient donc en partie l'argument des stratégies de résolution néfastes au rôle prescrit, porté par la littérature sur le sujet.

| |
|---|
| <p>Proposition théorique n°1c : les stratégies mises en œuvre par les médecins pour résoudre ou calmer leurs conflits de rôle ne nuisent pas forcément à la tenue du rôle.</p> |
|---|

Dans la continuité de ces implications théoriques, nous envisageons les premières implications pratiques de nos résultats. Etant donné les effets néfastes des situations de fort ajustement par le rôle, nous conseillerions aux pouvoirs publics et aux hôpitaux concernés de ne pas laisser trop d'autonomie aux médecins effectuant la transition vers un rôle de responsable de pôle. Aussi, sans pour autant enfermer les médecins dans des rôles inflexibles, nous suggérons de ne pas laisser ces rôles trop ouverts et de rappeler clairement leurs objectifs. Il s'agirait par exemple, lors de réunions de présentation du rôle ou dans la

construction d'une fiche de poste, de ne pas se focaliser uniquement sur les activités procédurales (réunions, rédaction d'un contrat...), mais aussi et surtout sur l'intention du rôle (lien avec les objectifs de l'organisation, logique médico-économique, transversalité...). De plus, étant donné la tendance des médecins à se référer directement aux normes légales pour comprendre et justifier leurs activités, nous jugeons préférable que ce cadrage du rôle soit effectué en amont, par les instances publiques concevant le nouveau rôle. Selon nous, les textes de loi et les circulaires en découlant pourraient clairement annoncer les ambitions stratégiques du rôle.

Proposition managériale n°1 : les établissements de santé et les instances publiques pourraient cadrer de manière précise un rôle de médecin-gestionnaire au niveau de ses objectifs médico-économiques afin de faciliter et sécuriser la transition vers ce rôle.

Comme nous l'avons vu, en réponse à notre première question de recherche, la transition vers un rôle de médecin-gestionnaire est donc non seulement possible, mais elle est réalisable à partir de nombreux modes d'ajustement. Pour passer d'un rôle à l'autre, un médecin peut alors répliquer, absorber, ou déterminer de manière modérée le rôle qui lui est prescrit. Déterminer de manière plus profonde ou explorer le rôle peuvent en revanche conduire à l'échec de la transition. De plus, au travers de notre discussion nous avons montré que : d'abord, l'autonomie professionnelle n'est pas fortement remise en question dans ce type de transition et permet au médecin de s'ajuster dans son rôle ; ensuite, les conflits de rôle ne sont pas du tout systématiques pour ces médecins, et, au contraire, s'avèrent exceptionnels ; enfin, les stratégies mises en œuvre par les médecins pour résoudre leurs conflits sont peu nombreuses et peu néfastes pour le rôle prescrit. Ces implications théoriques nous suggèrent de proposer aux établissements de santé et aux instances publiques un cadrage plus précis des objectifs d'un rôle de médecin-gestionnaire lors de ce type de transition. Ces résultats nous permettent de nous questionner à présent sur l'origine des modes d'ajustement identifiés parmi les médecins-gestionnaires. Nous allons donc tenter d'analyser dans les prochains paragraphes les éléments explicatifs de la réussite ou de l'échec de ces transitions de rôle.

3.2.2. Les dimensions influentes des ajustements « rôle-individu »

Nos résultats mettant en avant des modes d'ajustement variés, pouvant conduire à des situations plus ou moins favorables aux transitions de rôle, et plus ou moins problématiques pour les médecins concernés et leur organisation, nous jugeons nécessaire de tenter de comprendre pourquoi ces ajustements changent d'un individu à l'autre. Pour cela, nous discutons ici les raisons pouvant conduire un médecin à adopter tel ou tel comportement d'ajustement vis-à-vis de son rôle. Nous focalisons notre analyse sur trois dimensions qui nous semblent fondamentales : l'influence du contexte organisationnel et de l'accompagnement mis en place par l'organisation ; l'influence des spécialités médicales recouvertes par les pôles d'activité ; l'influence du profil personnel des médecins.

Le contexte organisationnel comme influence du mode d'ajustement ?

Si l'on compare les modes d'ajustement des responsables de pôle des deux établissements étudiés, l'influence du contexte et de l'accompagnement organisationnel sur la réussite des transitions semble assez faible. A l'exception du seul cas d'exploration du CHU, la répartition des responsables de pôle entre les différentes postures est quasiment équivalente d'un établissement à l'autre. Quatre faibles nuances sont cependant à apporter.

D'abord, la posture de réplication est légèrement plus observable au CH (3 cas sur 8) qu'au CHU (4 cas sur 14). C'est d'ailleurs la posture la plus représentée au CH. Principalement expliquée par le parcours individuel des responsables de pôle (la plupart ayant été responsable de service auparavant), cette situation peut également trouver une explication dans la démarche de mise en œuvre de la réforme. En effet, au sein du CHU, une phase de pré-pôles a été initiée environ un an avant la mise en place effective des pôles d'activité, c'est-à-dire en 2006. Quelques médecins ont donc accepté le rôle pendant cette période, mais ne se sont pas vus confier des responsabilités de gestion particulières. Au sein du CH, cette phase n'a pas été expérimentée. Cependant, en 2003, des collègues médicaux – regroupements de services – ont été créés à l'initiative du directeur général. Bien que ne disposant pas de prérogatives de gestion médico-économique (aucune délégation de gestion), ces médecins coordonnateurs de collège ont toutefois pu s'habituer pendant 4 ans à mettre en œuvre la transversalité recherchée, notamment via la mutualisation des effectifs et la gestion de projets interdisciplinaires. Il y a donc potentiellement eu un effet d'apprentissage préalable de

certaines aspects du rôle de responsable de pôle, via la coordination de collègues médicaux. Cet apprentissage a pu favoriser la posture de réplication. La moindre présence de la réplication de rôle au CHU traduirait alors un manque d'anticipation.

Ensuite, la posture d'absorption est légèrement plus représentée au CHU (4 cas sur 14) qu'au CH (2 cas sur 8). Une éventuelle influence du contexte organisationnel est là aussi notable, via trois facteurs. Premièrement, le statut de CHU, et l'hybridation initiale des médecins – également enseignants-chercheurs dans ces établissements – pourrait expliquer une plus grande facilité à effectuer la transition. Les médecins du CH, ne connaissant pas cette première forme d'hybridité, auraient de plus grandes difficultés à apprendre leur nouveau rôle. L'hybridation préalable des individus constituerait donc un facteur favorable à la transition. Deuxièmement, cette influence passerait par la formalisation du rôle de responsable de pôle. Comme évoqué précédemment, le rôle de responsable de pôle a été très largement inspiré par celui de coordonnateur de collège médical au sein du CH. Une certaine confusion existe entre ces deux rôles, d'autant plus qu'il n'existe pas, dans cet établissement, de fiche de poste précisant les objectifs, missions ou activités d'un responsable de pôle. Au contraire, le CHU étudié a procédé à une formalisation et une réappropriation du rôle de responsable de pôle. Ici, un profil de poste a été élaboré par la direction et en collaboration avec les futurs responsables de pôle. Ce profil précise les prérogatives de la loi et tient compte des spécificités de l'établissement. La posture d'absorption se retrouverait davantage dans un contexte organisationnel où le rôle a été créé avec la participation des individus concernés, et clairement présenté. Au contraire, les individus refuseraient de s'adapter dans des situations trop floues, où le rôle n'a pas bien été expliqué. Troisièmement, la présence d'un plus grand nombre de collaborateurs directs auprès des responsables de pôle favoriserait cette absorption. En effet, contrairement au CH, le CHU a non seulement détaché certains de ses directeurs dans des fonctions de référent pour ces médecins, mais aussi recruté des assistants gestionnaires pour les seconder. Le travail en collaboration avec des personnes formées à la gestion représenterait également une aide à l'apprentissage et à la transition.

Concernant la posture d'exploration, celle-ci est présente uniquement au sein du CHU, et constitue un cas exceptionnel (1 cas sur 14). Cette situation est difficilement explicable, même si on pourrait l'attribuer en partie aux capacités d'innovation permises par l'établissement. En effet, deux éléments soutiennent cet argument dans notre cas. D'une part, l'unique médecin concerné par cette posture est le seul à avoir instigué l'idée de création de son pôle auprès de la direction. Les autres ont davantage subi ce processus. D'autre part, ce

type de pôle (centre de gestion des blocs opératoires) peut être considéré comme relativement novateur, d'abord parce qu'il n'est pas – à la différence des autres pôles – le résultat d'un regroupement de services, ensuite car il n'est présent que dans trois hôpitaux en France. Le fait, pour cet établissement, d'avoir accepté cette initiative personnelle pourrait expliquer le positionnement exploratoire du médecin, qui, face à une situation inconnue, doit à la fois innover et apprendre. Pour les autres responsables de pôle du CHU, de même que pour ceux du CH, cette posture n'apparaîtrait pas car leurs pôles demeurent plus standards.

Enfin, la situation de détermination est la seule invariable entre les deux établissements. Quasiment autant de responsables de pôle du CH (3 cas sur 8) que du CHU (5 cas sur 14) se trouvent dans cette posture. L'impact organisationnel apparaît donc comme peu significatif pour ces cas. Cette invariabilité pourrait toutefois être expliquée par une autre dimension : l'autonomie professionnelle. Les responsables de pôle, bien qu'étant des professionnels hybrides, a priori moins libres car sous contrainte gestionnaire, conserveraient une forte autonomie et l'utiliseraient pour modifier leur rôle. Comme toute bureaucratie professionnelle, les deux établissements étudiés ne disposeraient donc pas d'un pouvoir important sur leurs chefs de pôle. Le faible accompagnement des médecins dans leur nouveau rôle pourrait également expliquer la faible normalisation de leurs comportements, et donc la marge de manœuvre qui leur est laissée. De même, l'absence de prise en considération des motivations individuelles dans le processus de recrutement induit la présence à ces rôles de médecins n'ayant pas d'intérêt pour la gestion. Etant donné la marge de manœuvre qui leur est laissée, les responsables de pôle peuvent donc adapter aisément leur rôle en fonction de leurs envies.

L'influence organisationnelle sur les postures d'ajustement des médecins-gestionnaires nous semble donc relativement faible. Les seuls facteurs potentiels que nous identifions sont le statut de l'établissement, et donc de ses médecins, ainsi que l'accompagnement dans le rôle. En revanche, la taille de l'hôpital et des pôles semble n'avoir aucun d'impact. La réussite d'une transition vers un rôle de médecin-gestionnaire n'est donc pas particulièrement liée au contexte organisationnel dans lequel elle s'effectue. Celui-ci peut cependant la faciliter.

La spécialité médicale comme influence du mode d'ajustement ?

En analysant les résultats selon les disciplines, on ne remarque pas non plus de lien évident entre les spécialités médicales et les postures d'ajustement. Les cas les plus typiques de cette absence de relation sont ceux des activités chirurgicales et des spécialités médico-techniques qui sont chacune présentes dans les quatre postures d'ajustement. D'abord, concernant les pôles chirurgicaux, on constate que le responsable du pôle Chirurgie-Bloc-Anesthésie est en position de répliation, tandis que celui du pôle Appareil locomoteur se situe en posture d'absorption, que celui du pôle Digidune se positionne en détermination, et que le chef du pôle Centre de Gestion des Blocs est en exploration. Ensuite, concernant les pôles médico-techniques, le responsable du pôle Pharmacie se trouve en position de détermination, alors que celui du pôle Biologie est en situation d'absorption, que le chef du pôle Médico-Technique adopte une posture de répliation, et enfin que celui du pôle Centre de Gestion des Blocs est en exploration.

Toutefois, quatre positionnements disciplinaires identiques peuvent être notés. Premièrement, l'activité d'anesthésie se retrouve autant pour le CHU que pour le CH dans la posture de répliation. Les responsables de pôle concernés n'effectuent aucun ajustement ni dans leur rôle ni dans ce qu'ils sont. On pourrait avancer l'idée que l'activité d'anesthésie constitue une spécialité médicale par nature habituée à gérer la mutualisation de ses ressources, car étant très dépendante d'autres disciplines comme la chirurgie ou la réanimation. Les responsables de cette discipline auraient donc acquis une certaine expérience de gestion médico-économique. En devenant chefs de pôle, ils n'ont ressenti aucun besoin d'adaptation.

Deuxièmement, l'activité de psychiatrie se retrouve elle aussi, pour les deux établissements, dans la posture de répliation. Là non plus, il n'y eu ni ajustement personnel, ni ajustement du rôle de la part des responsables. L'explication ne trouverait pas ses origines dans l'historique de la spécialité, mais plutôt dans ses modalités de financement actuelles. En effet, contrairement à la quasi-totalité des autres disciplines, la psychiatrie n'est pas soumise aux nouvelles règles de financement (à l'activité). Elle reste régie par le système de dotation globale. Un sentiment de concurrence par les autres disciplines pourrait inciter la psychiatrie à se conformer au rôle prescrit pour obtenir des ressources plus importantes.

Troisièmement, l'activité de rééducation se retrouve pour les deux établissements dans la posture d'absorption. Cela signifie que les deux responsables concernés s'adaptent personnellement sans toucher à leur rôle. Aucune explication commune n'est cependant

identifiable pour cette concordance. En effet, les deux responsables de pôle, qui n'appartiennent pas à la même discipline initialement, ne se sont pas ajustés au même niveau : le responsable du pôle Rééducation-Physiologie du CHU a développé ses compétences préexistantes en gestion, alors que le chef du pôle Gériatrie-MPR a évolué dans ses valeurs et acquis une nouvelle manière de raisonner. La gestion d'une même discipline ne semble avoir aucun rapport avec leurs ajustements. La présence d'une même posture pour ces deux responsables repose donc plutôt sur une coïncidence.

Quatrièmement, l'activité d'urgentiste se retrouve pour les deux établissements dans la posture de détermination. Les deux responsables de pôle concernées ont donc ajusté leur rôle à ce qu'elles sont pour ne pas avoir besoin de changer elles-mêmes. Cette situation semblable n'est pas de l'ordre de la coïncidence. Elle repose sur l'aspect très pragmatique et imprévisible de la discipline urgentiste. En effet, cette spécialité médicale ne permet pas de programmation d'activité, celle-ci étant, par principe, aléatoire. Les deux responsables de pôle sont donc constamment immergées dans des problématiques de terrain, qui les éloignent de la prise de recul nécessaire à la tenue du rôle prescrit. Il existe donc un facteur disciplinaire dans ce positionnement.

Ces tendances sont toutefois à nuancer pour deux raisons principales. D'abord parce que les parcours individuels des responsables sont différents d'un pôle à l'autre. Par exemple, bien que gérant une même activité, les responsables des pôles Gériatrie-MPR et Rééducation et Physiologie ne proviennent pas de la même spécialité (Gériatrie pour le premier, Physiologie pour le second). Ensuite, parce que le contour des pôles comparés n'est pas toujours le même. Par exemple, l'activité d'anesthésie est rattachée à celles de chirurgie et de gestion des blocs opératoires dans le CH, alors qu'elle est associée à la réanimation dans le CHU. Enfin, parce que le contenu des pôles est souvent hétérogène en termes d'activités. Par exemple, le pôle Couple-Enfant comprend les activités de gynécologie-obstétrique, d'urgences pédiatriques, de chirurgie pédiatrique, de néonatalité, ou encore de génétique. Il s'agit donc à la fois d'un pôle clinique, urgentiste, chirurgical, et médico-technique. L'influence de chacune de ces spécialités sur la gestion du pôle est donc difficilement estimable. La dimension disciplinaire ne semble par conséquent pas cruciale dans la transition vers le rôle de responsables de pôle.

Le profil individuel comme influence du mode d'ajustement ?

Nos résultats n'étant que très partiellement expliqués par les dimensions organisationnelle et disciplinaire, notre attention se porte donc sur le profil du médecin. En effet, étant donné l'autonomie dont il dispose toujours dans le choix de ses activités, l'individu apparaît comme le principal déterminant de la réussite de sa transition vers le rôle de responsable de pôle. La mise en perspective des modes d'ajustement avec le profil des médecins nous conduit à identifier trois caractéristiques comme potentiellement influentes : l'expérience du médecin dans les responsabilités de structure, son intérêt pour la gestion, ainsi que ses valeurs déclarées.

D'abord, l'expérience préalable du médecin dans des responsabilités de gestion apparaît théoriquement comme influente, notamment parce qu'elle devrait permettre une certaine préparation en termes de compétences. Cependant, nos résultats indiquent que cette influence est extrêmement limitée. En effet, la quasi-totalité des responsables de pôle ont été chefs de service ou d'unité avant de prendre ce nouveau rôle. Or, malgré cette préparation, tous ces médecins n'ont pas réussi la transition de rôle. A l'inverse, deux d'entre eux n'ont jamais eu de responsabilité de gestion avant leur prise de fonction. Pourtant, l'un a échoué, l'autre a assuré sa transition. Il n'y a donc pas de lien évident entre cette expérience en gestion et la réussite de la transition. Deux raisons peuvent expliquer cette indépendance. Premièrement, de la même manière que des médecins modifient leur rôle de responsable de pôle, nous pouvons émettre l'hypothèse que certains d'entre eux adaptaient également leur rôle de chef de service (ou d'unité) afin de ne pas le mettre en œuvre comme il leur était prescrit. L'apprentissage a donc pu être inexistant. A l'inverse, certains ont pu aller plus loin que ce qu'il leur était demandé (par exemple, en mutualisant les ressources avec d'autres spécialités), expliquant une adaptation plus rapide au nouveau rôle. Deuxièmement, le rôle de responsable de pôle n'est pas le même que celui de chef de service (ou d'unité). Ce n'est pas non plus une extension, un simple élargissement du périmètre de gestion. Les activités changent, et bien que le management d'équipe reste une prérogative, les compétences en la matière ne suffisent pas à bien tenir le nouveau rôle. Par exemple, la réflexion médico-économique est inédite. A l'exception des médecins ayant déjà pris des initiatives en la matière, une transition fluide n'est pas évidente.

Ensuite, l'intérêt des médecins pour la gestion pourrait constituer un élément favorable pour la réussite de la transition. En effet, la seule catégorie dans laquelle la quasi-totalité des

responsables de pôle (7 cas sur 8) ne manifeste aucun intérêt pour la gestion est celle de la détermination, contribuant à l'échec de la transition. Les trois autres catégories comportent des individus personnellement préoccupés par cette thématique : celui positionné en exploration (seul cas), deux en réplique (sur 7 cas), et quatre en absorption (sur 6 cas). En proportion, on constate que les médecins intéressés par la gestion sont plus enclins à s'ajuster au rôle. Cependant, rien n'indique que la transition vers le rôle de médecin-gestionnaire passe uniquement par ce déterminant. En effet, parmi l'ensemble des individus ayant réussi le changement de rôle (14 cas), la moitié (7 cas) n'avait pas de préoccupations gestionnaires. De plus, l'un d'entre eux avoue même avoir développé un goût pour la gestion a posteriori, en effectuant la transition. La réussite du passage vers le rôle de responsable de pôle est donc potentiellement liée à l'intérêt personnel pour ce domaine.

Enfin, les valeurs personnelles des médecins semblent avoir une grande importance dans la réussite de leur transition. En effet, dans notre étude, lorsque les valeurs déclarées par ceux-ci sont larges et englobent les objectifs médico-économiques prescrits par le rôle, ils ont tendance à mener le changement de rôle avec succès. A l'inverse, lorsque les médecins affichent des valeurs particulièrement centrées sur la qualité de prise en charge du patient, sans aucun lien avec les objectifs du rôle, la transition se solde par un échec dans notre étude. Cette tendance se rencontre dans la quasi-totalité des situations analysées : tous les responsables de pôle ayant réussi la transition affichent des valeurs soit centrées sur des principes généraux de comportement (le dynamisme, l'équité, l'utilité sociale...), soit orientées vers le patient tout en faisant un détours par une valeur intermédiaire (par exemple, l'organisation des soins afin d'améliorer la qualité de prise en charge du patient). Les médecins manifestant des valeurs uniquement axées sur le patient ont presque tous échoué leur transition, en déterminant les objectifs de leur rôle. Un seul responsable de pôle fait exception (le responsable du pôle Santé Publique du CHU) : bien qu'arborant des valeurs d'ordre organisationnel, il n'a cependant pas réussi sa transition, en raison d'une déception concernant l'autonomie de gestion laissée par son rôle. A l'exception de ce cas, des valeurs en lien avec les objectifs de la responsabilité de pôle constituent des éléments favorables à la réussite de la transition.

Les tendances individuelles observées induisent l'idée que la transition vers le rôle de médecin-gestionnaire s'effectue au travers de la mobilisation de dimensions personnelles. Principalement, ce sont les intérêts et les valeurs du médecin en rapport avec la gestion médico-économique qui favoriseraient ce changement de rôle. Ces derniers constats sont

cependant problématiques d'un point de vue gestionnaire. En effet, comment des directions hospitalières peuvent-elles correctement accompagner des transitions si peu prévisibles ? Cette question nous semble difficile à traiter à partir de nos derniers résultats. Afin de mieux appréhender ce phénomène et ainsi concevoir des pistes de réflexion managériales, nous avons donc choisi d'explorer, dans la suite de cette thèse, la dimension individuelle lors de ces transitions de rôle.

Comme nous venons de le voir, les dimensions influençant les modes d'ajustement adoptés par les médecins-gestionnaires sont complexes et mettent en évidence quelques tendances. Premièrement, le contexte organisationnel, ainsi que les mesures d'accompagnement dans le rôle par l'organisation, auraient une légère influence sur les modes d'ajustement à l'égard du rôle. En effet, le statut hybride de l'établissement (médical et universitaire), ainsi que celui de ses médecins (médecins-enseignants-chercheurs), et les dispositifs de recadrage du rôle prescrit (formations, profils de poste, collaborations...) permettraient aux médecins de répliquer et d'absorber plus facilement le rôle prescrit, et ainsi de favoriser la transition. Deuxièmement, les spécialités médicales constituant le pôle, influenceraient de façon très limitée ces modes d'ajustement. En effet, certaines disciplines cliniques, très ancrées historiquement dans des logiques d'organisation et de gestion de leur activité à l'égard d'autres disciplines auraient tendance à faciliter la réplication chez les médecins concernés. Troisièmement, les profils individuels des médecins constitueraient la plus importante influence concernant leurs modes d'ajustement. En effet, l'intérêt porté par les médecins à la gestion, ainsi que la proximité de leurs valeurs avec la logique du rôle prescrit, favoriseraient des comportements de réplication et d'absorption, bénéfiques aux transitions étudiées. La réussite de la transition vers un rôle de médecin-gestionnaire reposerait donc en grande partie sur l'individu. Cette dimension, peu prévisible pour l'organisation, est problématique : faut-il des outils de gestion individualisés ? Et si oui, sur quelle base les construire ? Afin de mieux comprendre ce phénomène au cours des transitions de rôle et ainsi répondre à ce dernier questionnement, nous envisageons l'étude de l'influence individuelle au sein d'une deuxième partie.

SYNTHESE DE LA PARTIE I

Nous avons consacré cette première partie à une étude globale de la transition des médecins vers un rôle de médecin-gestionnaire. Dans cette optique, nous avons choisi de nous focaliser sur une analyse de la transition par l'ajustement entre l'individu et son rôle, approche globale répandue dans la littérature. Dans un premier chapitre, nous avons mis en perspective une opposition dans cette littérature entre, d'une part, les travaux avançant la capacité presque innée des individus à trouver des ajustements et autres compromis avec leur rôle, et, d'autre part, les recherches mettant l'accent sur les difficultés rencontrées dans le cadre de ces ajustements, particulièrement lorsque qu'il est question de professionnels. Au travers de ce débat, nous avons questionné les types d'ajustements possibles entre un individu et son rôle pour réussir une transition vers un rôle de médecin gestionnaire. Dans un deuxième chapitre, nous avons expliqué la démarche empirique que nous avons adoptée pour répondre à notre questionnement, à savoir l'étude de deux cas d'établissements hospitaliers et de leurs 22 médecins en transition vers un rôle de responsable de pôle. Dans un troisième chapitre, nous avons mis en avant nos résultats, en proposant que les ajustements effectués entre l'individu et son rôle lors de la transition vers un rôle de médecin-gestionnaire sont variés et permettent, dans la majorité des cas, de réussir la transition. En revanche, nous avons souligné la grande imprévisibilité de ces ajustements pour l'organisation, car fortement dépendants des individus et donc difficiles à gérer.

Nos derniers éléments de discussion nous amènent donc à envisager la transition vers un rôle de médecin-gestionnaire sous un angle individuel. Aussi, nous considérons que l'intérêt porté par les médecins à la gestion, et la proximité de leurs valeurs avec la logique gestionnaire, sont fortement dépendants de leur identité personnelle. C'est pourquoi, afin de mieux comprendre l'influence de la dimension individuelle sur la réussite de la transition de médecins vers un rôle de médecin-gestionnaire, nous choisissons à présent d'étudier l'influence de l'identification à un rôle sur sa tenue. Notre deuxième partie de thèse y sera consacrée.

Problématique générale de la thèse :

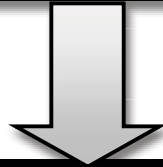
Comment un médecin peut-il mener sa transition vers un rôle de médecin-gestionnaire ?

Première étude :

Etude globale de la transition vers un rôle de médecin-gestionnaire

Question de recherche n°1 :

Par quels ajustements un médecin peut-il mener sa transition vers un rôle de médecin-gestionnaire ?



Deuxième étude :

Etude de la transition par l'identification au rôle de médecin-gestionnaire

Question de recherche n°2 :

De quelle manière un médecin peut-il tenir un rôle de médecin-gestionnaire lorsqu'il adopte une posture d'identification alternative ?



Troisième étude :

Etude de la transition par le travail identitaire de médecin-gestionnaire

Question de recherche n°3 :

Au travers de quelles tactiques de travail identitaire un médecin peut-il tenir un rôle de médecin-gestionnaire ?

PARTIE II

UNE ETUDE DE LA TRANSITION PAR L'IDENTIFICATION AU ROLE DE MEDECIN-GESTIONNAIRE

Partie II. Une étude de la transition par l'identification au rôle de médecin-gestionnaire

« Science sans conscience, perversion de l'âme. Il faut être conscient de ce qu'on fait. Ma première valeur, c'est la conscience. Et la conscience, ça implique de mettre en relation ce qu'on fait, ce qu'on perçoit, et d'avoir un certain recul dessus. Mais c'est marrant, parce que vous vous posez des questions sur l'identité du chef de pôle... Je peux vous dire que c'est [insistant sur « la »] la question du chef de pôle. Il a une question identitaire majeure. »

Responsable du pôle Centre de Gestion des Blocs du CHU

Notre première partie a montré que la transition de médecins vers un rôle de médecin-gestionnaire était bel et bien possible. Toutefois, nos explications ne suffisent pas pour l'instant à envisager des méthodes d'accompagnement de ces transitions, ces dernières semblant directement liées à la volonté de l'individu, et non pas à des dimensions organisationnelles ou disciplinaires. Ce constat nous invite cependant à questionner la place de l'individu dans la réussite de son changement de rôle. En effet, en quoi un individu seul peut-il influencer sa transition ? Dans la continuité de notre première étude, nous consacrons donc cette deuxième partie à l'analyse d'une dimension individuelle de la transition des médecins vers un rôle de médecin-gestionnaire : celle de l'identification au rôle de médecin-gestionnaire. En effet, étant donné l'influence des caractéristiques personnelles subjectives sur la réussite de la transition, soulevée à la fin de notre première analyse, il nous paraît incontournable de questionner les significations du rôle prescrit aux yeux des médecins en transition. Cette idée forte se traduit dans la littérature sur les transitions par le concept d'identification à un rôle.

Notre objectif est donc, dans cette deuxième partie, de mieux comprendre l'influence de l'identification à un rôle sur sa tenue, dans le cadre de transitions. Cette étude n'a pas d'ambition causaliste (comme celle de valider ou réfuter les liens positifs ou négatifs régissant ce phénomène, par exemple, très présente dans la littérature), mais une volonté d'élaborer de nouveaux construits autour de ce phénomène d'influence. Dans un quatrième chapitre, nous faisons d'abord émerger un débat au sein de la littérature concernant l'influence de l'identification à un rôle sur la mise en oeuvre de ce dernier. Alors que la plupart des travaux traditionnels sur le sujet mettent en avant l'importance pour un individu de s'identifier afin de bien tenir son rôle, des recherches plus récentes font émerger des postures alternatives à l'identification, dont l'influence sur la tenue du rôle n'a pas encore été approfondie. Pour tenter de remédier à cette carence de la littérature, nous questionnons les postures

Partie II. Une étude de la transition par l'identification au rôle de médecin-gestionnaire

d'identification permettant à un médecin d'achever sa transition vers un rôle de médecin-gestionnaire (4). Dans un cinquième chapitre, nous expliquons la démarche méthodologique que nous avons adoptée afin de répondre à ce questionnement. Nous mettons l'accent sur notre étude approfondie de 4 cas de responsables de pôle, au sein du CHU sélectionné, replacés au sein de leur constellation de rôle (5). Enfin, dans un sixième chapitre, nous présentons nos résultats, en avançant que différentes postures d'identification à l'égard d'un rôle sont possibles pour bien mettre en oeuvre ce dernier, et que l'identification stricte à un rôle n'est pas nécessaire pour assurer la transition. Aussi, nous discutons finalement la manière dont ces différentes postures influencent le contenu du rôle mis en oeuvre, en proposant que le rôle est en partie customisé par l'identité. La contre-intuitivité, voire l'incohérence de certaines influences entre l'identité et le rôle nous semble cependant constituer une importante limite à la gestion des transitions de rôle (6).

CHAPITRE 4. L'IDENTIFICATION A UN ROLE : UN IMPERATIF POUR LA TENUE FAVORABLE DU ROLE ?

Afin d'étudier la transition vers un rôle de médecin-gestionnaire sous un angle plus individuel et symbolique, nous mobilisons la littérature concernant l'identification à un rôle. L'identification est traditionnellement envisagée par cette littérature comme une posture incontournable et idéale pour l'organisation, où l'individu, qui se définit à travers le rôle qui lui est prescrit, met en œuvre le comportement attendu avec davantage d'implication (4.1). Néanmoins, plus récemment, quatre autres postures ont été mises en avant, sans indication précise de leur influence sur la tenue du rôle : la non-identification, la désidentification, l'identification ambivalente, et l'identification conflictuelle. Ces postures-types présentent l'identification stricte à un rôle comme une situation plus exceptionnelle que standard (4.2). Ce quatrième chapitre vise à approfondir l'influence des postures d'identification sur la tenue de rôle afin de mieux comprendre les enjeux liés à ces phénomènes lors des transitions de rôle.

4.1. L'identification à un rôle comme posture incontournable

L'identification à un rôle est traditionnellement considérée par la littérature, de manière très causaliste, comme un positionnement idéal de l'individu à l'égard des significations portées par son rôle en raison des bénéfices permis pour lui-même et l'organisation. Théoriquement, il s'agit donc de la posture identitaire la plus souhaitée pour assurer une transition de rôle.

L'identification est communément admise dans la littérature comme le phénomène par lequel un individu se définit par l'intermédiaire d'une entité sociale à laquelle il est rattaché. Cette entité correspond principalement à une organisation ou à un rôle. On parle alors respectivement d'identification organisationnelle ou d'identification à un rôle. L'identification organisationnelle renvoie donc à la manière dont un individu se définit au travers de l'organisation dans laquelle il travaille, et l'identification à un rôle à la manière dont un individu se définit au travers du rôle qu'il occupe (Ashforth, 2001 ; Sainsaulieu,

Partie II. Une étude de la transition par l'identification au rôle de médecin-gestionnaire

1996). Pour expliquer ce même phénomène, Goffman (1961, cité par Ashforth, 2001) et Turner (1978) parlent, eux, de fusion entre la personne et le rôle. Dans notre cas, un médecin qui s'identifie au rôle de responsable de pôle est donc un médecin qui intègre dans son identité personnelle les significations rattachées à la responsabilité de pôle, telles que l'importance de la réflexion médico-économique pour assurer les soins.

L'identification peut préexister ou se construire. Elle préexiste si l'individu disposait préalablement des significations portées par le rôle qu'il occupe. Elle se construit si l'individu développe de nouvelles significations personnelles congruentes avec celles de son rôle. L'identification à un rôle est donc envisagée comme un premier pas bénéfique de l'individu vers le rôle, par laquelle il accepte les significations qu'il porte. Deux pans de littérature vont même plus loin en associant l'identification à la tenue favorable d'un rôle : la littérature portant sur l'implication et sur l'identification, et celle portant sur les transitions de rôle.

4.1.1. L'identification comme facteur d'implication dans un rôle

Classiquement, la littérature en gestion et en psychologie organisationnelle relie l'identification au concept d'implication, en proposant une influence positive entre les deux phénomènes – l'implication permettant elle-même une meilleure tenue de rôle. Cette influence est quasi-systématiquement mesurée de manière quantitative. L'implication peut être définie comme l'attachement d'un individu à son organisation (Allen et Meyer, 1990) ou à son travail (Meyer et al., 1993). Meyer et Allen (1991) envisagent l'implication comme étant structurée autour de trois composants : l'implication affective, qui est initiée volontairement par l'individu en fonction de ses émotions ; l'implication calculée, qui est le résultat d'échanges et de compromis avec l'organisation ; l'implication normative, qui renvoie aux pressions exercées par l'organisation pour satisfaire ses objectifs. Selon ces travaux, l'identification tient un rôle important dans le développement du premier composant, l'implication affective. En effet, les recherches s'accordent sur l'idée que l'identification favoriserait l'attachement affectif de l'individu envers son organisation ou son rôle, en orientant son comportement favorablement à l'atteinte des objectifs (Buchanan, 1974 ; Herrbach et al., 2006 ; Meyer et Herscovitch, 2001 ; Mowday et al., 1979).

La relation entre identification et tenue du rôle est plus précisément étudiée par les travaux portant sur les conséquences de l'implication. Dans cette optique, Meyer et al. (1989), lors

Partie II. Une étude de la transition par l'identification au rôle de médecin-gestionnaire

d'une recherche sur l'implication de managers de terrain dans une entreprise de restauration, montrent que les individus impliqués affectivement tendent systématiquement à être plus performants dans leur travail : dans leurs relations avec les clients, leurs activités de reporting, leur communication avec la direction, leur formation du personnel, ou encore le respect des procédures et des tâches quotidiennes. Malgré quelques exceptions (voir notamment Angle et Perry, 1981 ; Mowday et al., 1979), cette relation est très répandue dans la littérature sur l'implication. Plusieurs méta-analyses montrent que l'implication affective a un effet positif non seulement sur la loyauté organisationnelle (notamment en réduisant l'absentéisme et le turnover), mais aussi concernant l'engagement dans le rôle et la prise d'initiative (voir notamment Mathieu et Zajac, 1990 ; Meyer et al., 2002 ; Randall, 1990 ; Riketta, 2002). Ces recherches montrent également que, malgré des résultats variables selon les types d'implication testés et les formes de performance dans le rôle (voir notamment Somers et Birnbaum, 1998), l'implication affective conserve quasi-systématiquement un poids favorable dans la tenue du rôle et le support de l'organisation. L'identification à un rôle, en impliquant davantage l'occupant, favoriserait donc une mise en scène performante du rôle.

Bien qu'abordée indirectement par la littérature sur l'implication, l'influence de l'identification sur la tenue d'un rôle est plus spécifiquement étudiée par les travaux de psychologie sociale portant sur l'identification, là aussi par des analyses quantitatives. A l'instar des recherches concernant l'implication, les travaux sur l'identification insistent d'abord sur l'influence forte de l'identification sur la motivation à perpétuer le rôle dans l'organisation. Cet argument apparaît très tôt dans l'étude du concept d'identification (voir par exemple Foote, 1951). Parmi ces différents travaux, Lee (1971) montre que les scientifiques d'un service de santé publique fédéral ayant une forte identification organisationnelle sont plus productifs, satisfaits, motivés et récompensés, et moins enclins à quitter leur organisation que ceux s'identifiant peu. De même, Hall et Schneider (1972) soulignent aussi cette relation de fidélisation dans le rôle, en remarquant une influence forte de l'identification sur l'attachement au parcours de carrière interne.

Confortant également cet argument, Mael et Ashforth (1995) mettent en avant le faible taux d'abandon des nouveaux arrivants dans l'armée américaine lorsque ceux-ci s'identifient fortement à leur organisation. De même, Bamber et Iyer (2002) soulignent l'importance de l'identification de comptables à leur organisation, dans la limitation du turnover, surtout lorsqu'il y a prédominance d'une identification professionnelle. Aussi, Dutton et Dukerich (1991) mettent en évidence l'influence positive de l'identification organisationnelle sur les

Partie II. Une étude de la transition par l'identification au rôle de médecin-gestionnaire

comportements des salariés d'une autorité portuaire, qui utilisent l'identité organisationnelle comme un cadre d'interprétation de l'action. Sous cette influence, les individus se montrent motivés pour répondre en cohérence avec leurs significations aux besoins du contexte. Enfin, Dukerich et al. (2002), ainsi que Steward et al. (2009), soulignent également l'influence importante de l'identification sur la tenue du rôle en indiquant que celle-ci entraîne un comportement coopératif et une performance accrue, qu'il s'agisse, respectivement, de médecins hospitaliers avec leurs patients, ou de vendeurs avec leurs clients.

Enfin, certains travaux sur l'identification montrent que cette posture incite l'individu à choisir et à favoriser les activités qui sont congruentes avec son identité personnelle. Par exemple, concernant l'étude des différentes identités d'étudiants en art, Santee et Jackson (1979) montrent que les individus en question se concentrent sur les activités avec lesquelles ils s'identifient le plus : par exemple, importante participation aux activités religieuses et de prières pour les étudiants fortement identifiés à la religion, ou encore focalisation sur les activités sportives pour les étudiants s'identifiant en tant qu'athlète. Aussi, Burke et Reitzes (1981) montrent qu'il existe une influence, au travers du sens que donnent les individus à leurs activités, de l'identification sur la tenue du rôle d'étudiant. Notamment, les étudiants disposant d'une identité orientée vers la responsabilité académique personnelle tendent à planifier des parcours universitaires plus longs, et à renoncer aux activités extra-universitaires. A l'inverse, des étudiants dont l'identité est davantage orientée vers la sociabilité, ont tendance à consacrer plus de temps aux activités extra-universitaires qu'à la planification de leur parcours universitaire. L'identification influencerait donc non seulement la qualité de tenue du rôle, mais aussi son orientation au travers de choix de priorisation.

4.1.2. L'identification comme ingrédient-clé d'une transition de rôle

Des recherches plus récentes sur les transitions de rôle mettent en avant l'importance de l'identification dans ces processus. Ces travaux sont exclusivement des constructions de modèles théoriques. Concernant les micro transitions de rôle, Ashforth et al. (2001) insistent sur la fonction de l'identification dans la réussite des micro transitions : à la fois contraignante lorsqu'il s'agit de quitter un rôle (Niessen et al., 2010), elle s'avère indispensable dans le processus d'entrée dans le nouveau rôle, car permettant de créer, stabiliser, et moduler les frontières avec d'autres rôles. Sundaramurthy et Kreiner (2008) développent ce modèle des

Partie II. Une étude de la transition par l'identification au rôle de médecin-gestionnaire

micro transitions de rôle en l'adaptant aux commerces familiaux, en suggérant que l'identification aux aspects commerciaux et familiaux permet notamment des relations de travail plus efficaces et une prise de décision de meilleure qualité.

Concernant les macro transitions de rôle, Neal et Griffin (2006) proposent un modèle de transition dans lequel l'identification, associée au respect des exigences du système et du schéma de rôle prescrit, est indispensable afin de tenir le nouveau rôle sans conflits. Ils prennent l'exemple d'un agent de police qui applique une loi, activité à la fois attendue par le service de police, typiquement associée au comportement des policiers, et en laquelle l'officier croit fortement. Enfin, Ashforth (2001) propose également un modèle des transitions de rôle et de l'identité, dans lequel l'identification tient une place importante au moment de l'entrée dans le nouveau rôle et plus précisément lors de la confrontation aux questions psychologiques telles que celles du sens du travail, du contrôle, et de l'appartenance. De la réponse à ces interrogations dépend l'identification, qui permettra ensuite la réussite de la mise en œuvre du rôle. Bien que ces différents modèles se limitent à des réflexions théoriques, ils montrent tout de même une influence entre l'identification et la tenue d'un rôle.

L'identification, en tant que rapprochement entre l'individu et son rôle, permet un certain accord de sens, accord qui marque une susceptibilité de l'individu à tenir favorablement son rôle. Cette tendance est appuyée par la littérature sur l'implication, l'identification, et les transitions de rôle, qui souligne l'influence de l'identification sur la tenue favorable d'un rôle, mais également sur son orientation particulière selon les préférences individuelles, et sur la fidélité de l'individu à son égard. Toutefois, la littérature indique que l'identification ne constitue pas l'unique posture possible face à un rôle, bien au contraire. Que se passe-t-il alors lorsque l'identification n'est pas atteinte ? Nous allons analyser ce questionnement dans les prochains paragraphes.

4.2. L'identification à un rôle comme posture facultative

Plus récemment, la littérature suggère cependant que l'identification à un rôle ne constitue pas la seule manière de tenir favorablement un rôle. Au contraire, l'identification est même considérée par certains travaux comme accessoire dans les transitions de rôle. D'abord, d'autres postures à l'égard des significations portées par un rôle sont identifiées par la

littérature. Ces postures remettent en question l'argument d'une identification impérative et aisée (4.2.1). De plus, celles-ci ne sont pas systématiquement attachées à des comportements de déviance à l'égard du rôle, nuanciant ainsi la thèse de l'identification comme nécessaire dans la tenue favorable d'un rôle (4.2.2). Nous allons développer ici ces deux arguments allant dans le sens de la possibilité d'une tenue de rôle sans identification.

4.2.1. Les alternatives à la posture d'identification forte

Au-delà de l'identification traditionnelle à un rôle, nous distinguons quatre postures alternatives : l'identification neutre, la désidentification forte, l'identification ambivalente, et l'identification conflictuelle. Ces postures, qui remettent toutes en question les significations portées par le rôle prescrit, suggèrent que l'identification stricte à un rôle est une situation plutôt exceptionnelle. Nous les étudions ici.

Identification forte à un rôle : un cas exceptionnel

Ashforth (2001), puis Kreiner et Ashforth (2004), mettent en avant le fait que l'identification totale d'un individu à un rôle est une posture plutôt rare, car supposant une fusion complète des deux. Or, selon lui, les significations individuelles poussent souvent l'individu à contester au moins en partie celles portées par le rôle, et donc à adopter des postures opposées ou intermédiaires. Selon Dukerich et al. (1998, cités par Ashforth 2001) et Elsbach (1999), ces postures sont le résultat de deux dynamiques : identification et désidentification. Par le processus d'identification, les individus rapprochent leurs significations de celles portées par le rôle. À l'inverse, par le processus de désidentification, ceux-ci se distancient des significations du rôle. Selon les auteurs, ces deux processus sont indépendants : les individus peuvent s'identifier à certaines significations du rôle, et en même temps se désidentifier par rapport à d'autres. Mais ils sont également d'intensité variable : les individus peuvent s'identifier et/ou se désidentifier plus ou moins fortement à leur rôle. La combinaison de ces deux processus conduit alors à une multitude de positions autour de cinq postures-types : identification forte, identification neutre, désidentification forte, identification ambivalente, et identification conflictuelle (voir la figure 7). Aussi, l'identification forte ne constitue donc pas une posture évidente, mais une exception.

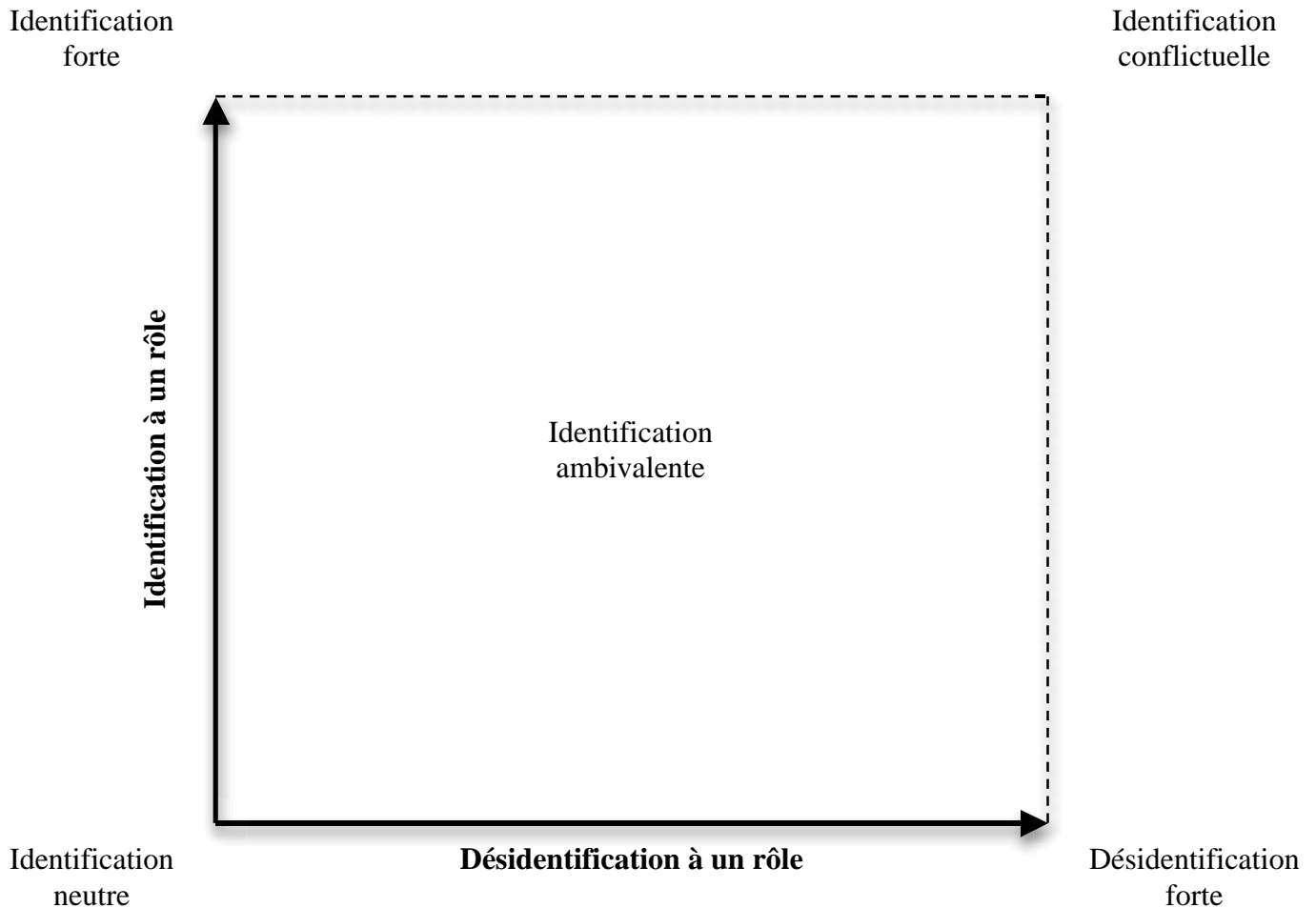


Figure 7. Les postures d'identification et de désidentification à un rôle
(adapté d'Ashforth, 2001)

Identification neutre et désidentification forte : le détachement face aux significations portées par le rôle

Parmi les quatre postures-types identifiées, deux sont caractérisées par une absence totale d'accord avec les significations portées par le rôle : l'identification neutre et la désidentification. Premièrement, l'identification neutre (Elsbach, 1999) ou identification apathique (Dukerich et al., 1998, cités par Ashforth, 2001) ou indifférence identitaire (Ashforth, 2001), peut se définir comme une posture d'indifférence ou de neutralité totale de l'individu à l'égard de son rôle (Ashforth, 2001). L'individu ne s'y oppose pas, mais ne le supporte pas non plus. Il n'exprime aucune opinion sur son rôle, positive ou négative. Son rôle ne l'intéresse pas, mais ne le désintéresse pas non plus. L'individu ne se reconnaît

Partie II. Une étude de la transition par l'identification au rôle de médecin-gestionnaire

simplement pas dans les significations du rôle, et ces dernières ne s'opposent pas aux siennes. Un médecin s'identifiant de manière neutre à son rôle de responsable de pôle n'aurait donc pas d'avis particulier à l'égard de ses activités. Bien qu'évidemment envisageable dans la pratique, cette posture a cependant très peu été étudiée.

Deuxièmement, la désidentification forte (Ashforth, 2001 ; Elsbach, 1999 ; Elsbach et Bhattacharya, 1996, cités par Ashforth, 2001), ou anti-identification (Sveningsson et Alvesson, 2003), ou séparation du rôle (Goffman, 1961, cité par Ashforth, 2001), renvoie à la différenciation et la distanciation active d'un individu vis-à-vis de son rôle (Dukerich et al., 1998, cités par Ashforth, 2001). Cette posture diffère d'une identification neutre, dans le sens où il y a opposition entre les significations individuelles et celles liées au rôle prescrit. Bien que la littérature s'accorde largement à considérer la désidentification comme une posture de rejet, certains travaux montrent qu'il n'y a pas nécessairement une perception négative de l'identité de référence. La désidentification peut alors simplement correspondre à une différenciation plus ou moins neutre (Carroll et Levy, 2008), ou encore une volonté de distinction personnelle ou d'amélioration de l'estime de soi (Elsbach et Bhattacharya, 2001). Une posture de désidentification forte, en revanche, est souvent le reflet d'une contestation des significations portées par le rôle. Un médecin se désidentifiant fortement à l'égard de son rôle de responsable de pôle serait celui qui rejetterait totalement les significations liées à ses missions, notamment le principe de combinaison entre médecine et gestion.

Ces deux postures de désidentification constituent donc des situations où l'individu ne se reconnaît pas dans les significations portées par le rôle, qu'il reste indifférent à leur égard (identification neutre) ou qu'il s'y oppose totalement (désidentification forte). En revanche, d'autres postures moins discordantes avec le rôle existent.

Identification ambivalente et identification conflictuelle : la dualité face aux significations portées par le rôle

Parmi les quatre postures alternatives à l'identification stricte, deux se caractérisent par une combinaison simultanée d'identification et de désidentification au rôle : l'identification ambivalente et l'identification conflictuelle. Premièrement, l'identification ambivalente (Ashforth, 2001) peut se définir comme une posture duale, c'est-à-dire à la fois en accord et en opposition, à l'égard des significations portées par un rôle. En d'autres termes, il y a

Partie II. Une étude de la transition par l'identification au rôle de médecin-gestionnaire

ambivalence identitaire lorsque l'individu s'identifie partiellement à certains aspects de son rôle et simultanément se désidentifie, partiellement aussi, vis-à-vis d'autres aspects. Un médecin s'identifiant de manière ambivalente à son rôle de responsable de pôle pourrait par exemple être attaché aux aspects transversaux de son rôle, permettant la communication et le développement de nouveaux projets médicaux, mais, parallèlement, être en désaccord avec la délégation de pratiques de gestion. L'identification ambivalente semble davantage se manifester en présence de situations hybrides, conjuguant des identités multiples (Anteby et Wrzesniewski, 2007 ; Herrbach et Kosmala, 2005; Kosmala et Herrbach, 2006; Li et al., 2002), mais aussi dans le cas de stigmatisations liées à des « sales boulots » (activités considérées comme ingrates socialement), dans lesquelles l'estime de soi est remise en question (Ashforth et Kreiner, 1999 ; Ashforth et Mael, 1998, cités par Ashforth, 2001 ; Kreiner et al., 2006a ; Russell et al., 2010).

Deuxièmement, l'identification conflictuelle (Ashforth, 2001), ou conflit d'identification (Kreiner et al., 2006a), ou identification schizophrène (Dukerich et al., 1998, cités par Ashforth, 2001), correspond aussi à une posture duale, mais cette fois-ci qui se caractérise par la combinaison simultanée d'une forte identification et d'une forte désidentification vis-à-vis d'un même rôle – concernant soit une même dimension, soit plusieurs dimensions de ce rôle. Elle renvoie donc à une forme d'identification ambivalente exacerbée, où l'identification et la désidentification atteignent des niveaux très élevés. L'individu en conflit d'identification à la fois s'identifie fortement à certaines significations portées par son rôle, et se désidentifie fortement, en même temps, à d'autres de ses significations. La conflictualité apparaît lorsque les frontières entre identités sont trop ou pas suffisamment perméables. L'intrusion identitaire (faible perméabilité) ou la distanciation identitaire (forte perméabilité) sont alors sources de conflits (Kreiner et al., 2006a). Un médecin s'identifiant de manière conflictuelle à son rôle de responsable de pôle pourrait, par exemple, à la fois être fortement attaché aux principes médico-économiques promus par ses missions, mais également être en totale opposition envers les missions de transversalité qui y sont relatives. Ces conflits d'identification se retrouvent particulièrement dans la littérature lorsqu'il est question soit de rôles ou d'organisations aux pratiques controversées (voir par exemple Dukerich et al., 1998, cités par Ashforth, 2001), soit d'hybridation de rôle pour les professionnels-gestionnaires et de mise en place de réformes de *New Public Management* (Dechamp et Romeyer, 2006 ; Emery et Martin, 2008 ; Foreman et Whetten, 2002 ; Glynn, 2000 ; Gotsi et al., 2010 ; McGivern et al., 2006 ; Skalen, 2004).

Partie II. Une étude de la transition par l'identification au rôle de médecin-gestionnaire

Ces deux postures mixtes d'identification et de désidentification constituent donc des situations où l'individu à la fois se reconnaît dans les significations portées par le rôle et se distancie à leur égard, cela de manière modérée (identification ambivalente) ou alors de manière forte (identification conflictuelle). Ces deux postures, associées aux deux précédemment étudiées (identification neutre et désidentification) indiquent donc que l'identification forte ne représente pas une situation allant de soi, ni pour l'individu, ni pour l'organisation. Toutefois, que se passe-t-il en termes de tenue de rôle lorsque des individus ne s'identifient pas fortement à leur rôle ? Les prochains paragraphes vont tenter de mettre la lumière sur ces situations.

4.2.2. La tenue d'un rôle sans identification forte : une possibilité ?

L'analyse de l'influence des postures alternatives d'identification sur la tenue d'un rôle montre que cette influence n'est pas stricte. Deux raisons sont mises en avant ici. D'une part, le lien entre postures de désidentification et tenue de rôle est très peu étudié dans la littérature, et lorsqu'il l'est, est envisagé comme une dépendance théorique logique sans besoin de validation. D'autre part, les travaux menés empiriquement avancent une relation très contrastée entre désidentification et tenue du rôle. Nous explorons ces deux idées dans les paragraphes suivants.

Les postures de désidentification, théoriquement néfastes pour la tenue d'un rôle

Comme étudié précédemment, la littérature sur l'implication, sur l'identification, et sur les transitions de rôle, met en avant une influence forte de l'identification sur la performance dans la tenue d'un rôle. Indirectement, mais aussi implicitement, il est suggéré que les situations où l'identification n'est pas atteinte induisent un comportement peu favorable au respect des exigences organisationnelles. Peu de travaux sont consacrés à l'étude des effets comportementaux des postures alternatives à l'identification. Les raisonnements existants sont plutôt conceptuels et vont dans le sens d'une difficulté pour l'individu à maintenir un comportement fonctionnel pour l'organisation si celui-ci se désidentifie à son rôle (Ashforth, 2001). La désidentification se manifeste alors dans la tenue du rôle par de l'absentéisme, du

Partie II. Une étude de la transition par l'identification au rôle de médecin-gestionnaire

retard, l'usage d'alcool ou de drogue, de la rêverie, de l'inattention, une faible motivation, une critique destructive à l'encontre de l'organisation, un manque d'enthousiasme, ou encore du sabotage. Quelques recherches vont même plus loin, en évoquant les comportements d'opposition active mis en œuvre par les individus en situation de désidentification (Dukerich et al., 1998, dans Ashforth, 2001 ; Elsbach et Bhattacharya, 1996, cités par Ashforth, 2001). Pour Holmer-Nadesan (1996), les postures de désidentification (appelées contre-identification dans l'article) favoriseraient même les espaces d'action, permettant aux individus de contester et renégocier le rôle prescrit.

La littérature s'accorde alors sur le fait que ces postures alternatives sont difficilement tenables dans le temps pour les individus en question (Ashforth, 2001), ceux-ci préférant mettre en œuvre un comportement congruent avec leur identité personnelle (Neale et Griffin, 2006). C'est pourquoi les postures liées à la désidentification sont considérées comme peu probables lorsqu'elles concernent une transition de rôle volontaire et de faible magnitude (c'est-à-dire n'incluant pas d'évolutions majeures pour l'individu), puisque le fait que l'individu ait accepté la transition signifie qu'il est en partie en accord avec le rôle à tenir et les significations qu'il porte (Ashforth, 2001). Ce phénomène est mis en évidence empiriquement par Das et al. (2008) qui soulignent les répercussions d'une identification conflictuelle (entre l'organisation et le pays d'appartenance) en termes de faible performance, de fort burnout, et d'intention élevée de quitter l'organisation.

Toutefois, cet argument de l'incidence de la désidentification sur la tenue d'un rôle ou le comportement en organisation est à nuancer étant donné le peu de travaux l'illustrant. Quelques recherches empiriques récentes remettent en question cette approche intuitive.

Les postures de désidentification, empiriquement possibles pour la tenue d'un rôle

Les recherches menées empiriquement cette dernière décennie remettent en question l'idée commune selon laquelle les postures liées à la désidentification vont à l'encontre de la tenue favorable d'un rôle. D'abord, des travaux suggèrent que ces postures ont seulement des conséquences sur la prise d'initiative et l'investissement supplémentaire. Kreiner et Ashforth (2004) montrent que, malgré une réticence à travailler au-delà des exigences de leur rôle, les individus en situation d'identification ambivalente respectent les prérogatives du système, et

Partie II. Une étude de la transition par l'identification au rôle de médecin-gestionnaire

cela sur le long terme. De même, concernant l'identification neutre, les auteurs mettent en évidence une tendance moindre des individus dans cette posture à s'engager et à contribuer à l'organisation.

Ensuite, des recherches montrent que des stratégies individuelles peuvent être mises en œuvre, permettant aux individus de combiner la désidentification avec une tenue favorable de leur rôle. Par exemple, Fleming et Spicer (2003) ou encore Kosmala et Herrbach (2006), soulignent le rôle du cynisme, qui permet aux individus de se désidentifier ou s'identifier de manière ambivalente, sans pour autant ne pas respecter les activités qui leur sont prescrites. Costas et Fleming (2011) parlent même d'aliénation de soi, lorsque des salariés, en posture de désidentification, poursuivent inconsciemment les missions attendues, parce qu'ils se sont aliénés à leur rôle. Dans ce cas la stratégie individuelle disparaît. Aussi, Faison Hewlin (2003) explique la mise en place de façades de conformité par les salariés se désidentifiant, afin de se comporter en accord avec les exigences du système, et ainsi ne pas être victime de représailles de la part de l'organisation. De même, Doolin (2002) et McGivern et al. (2006) mettent en évidence les stratégies de médecins qui, soumis à des injonctions gestionnaires, se servent du respect de leur rôle hybride comme d'une ressource pour maintenir une certaine désidentification au nouveau rôle prescrit.

Enfin, certains travaux montrent que les conséquences de la désidentification sur la tenue du rôle, bien qu'étant néfastes, peuvent être limitées dans leur intensité. Par exemple, Bhattacharya et Elsbach (2002) mettent en évidence que la posture de désidentification conduit à un bouche-à-oreille négatif concernant l'organisation, mais n'entraîne pas d'opposition directe via un refus des prescriptions par exemple. De plus, les recherches illustrant les situations d'identification conflictuelle, bien qu'étayant certaines non-conformités au rôle prescrit, montrent que les effets se limitent souvent à des tensions entre salariés (Glynn, 2000). Etant donné que les professionnels-gestionnaires ont tendance à se désidentifier en partie du rôle qu'ils tiennent, via des postures d'identification conflictuelle notamment, nous pouvons nous interroger sur leur capacité à bien tenir leur rôle et à assurer leur transition.

Ces derniers paragraphes montrent que la rare littérature sur les postures alternatives à l'identification n'est pas consensuelle sur l'influence de la désidentification sur la tenue défavorable d'un rôle. Bien que ne pas s'identifier fortement à un rôle puisse engendrer des

Partie II. Une étude de la transition par l'identification au rôle de médecin-gestionnaire

comportements parasites pour l'organisation, ce type de posture n'empêche pas obligatoirement le respect des prescriptions.

La place de l'identification dans la tenue d'un rôle n'est donc pas très claire au sein de la littérature. Bien qu'une grande partie des recherches envisage l'identification comme incontournable pour assurer une transition de rôle, des travaux plus récents remettent en question son importance. Non seulement quatre autres postures alternatives à l'identification sont repérées, mais la littérature ne leur reconnaît pas un effet systématiquement néfaste sur la réussite des transitions. Cet effet est d'ailleurs peu approfondi par la littérature. Nous questionnons donc dans cette deuxième partie de thèse l'influence des postures alternatives à l'identification sur la tenue d'un rôle de médecin-gestionnaire. Ce questionnement nous semble d'autant plus pertinent que la littérature identifie les individus tenant des rôles de professionnel-gestionnaire comme particulièrement enclins à adopter ce type de postures. Nous soulevons par conséquent une deuxième question de recherche :

Question de recherche n°2 :

De quelle manière un médecin peut-il tenir un rôle de médecin-gestionnaire lorsqu'il adopte une posture d'identification alternative ?

Afin de répondre à ce questionnement, nous avons choisi de mener des études de cas approfondies de l'identification au rôle de responsable de pôle auprès de quatre médecins nommés responsables de pôle au sein du CHU précédemment sélectionné. Le prochain chapitre va donc avoir pour vocation d'explicitier la démarche méthodologique que nous avons adoptée pour conduire cette étude. Nous préciserons notamment le choix de nos quatre cas d'investigation ainsi que les méthodes d'analyse que nous avons employées.

CHAPITRE 5. UNE ETUDE CIBLEE DE L'IDENTIFICATION AU ROLE DE RESPONSABLE DE POLE AU SEIN D'UN CHU

Dans l'optique de notre questionnement théorique, nous avons poursuivi notre démarche qualitative, avec pour projet l'étude des postures d'identification de médecins à l'égard de leur rôle de responsable de pôle. Dans le cadre de cette démarche, nous avons d'abord sélectionné quatre cas de médecins adoptant des postures d'identification variées, voire opposées, vis-à-vis de leur rôle de responsable de pôle. Nous avons procédé à une série d'entretiens semi-directifs approfondis avec les responsables de pôle sélectionnés et les principaux membres de leur constellation de rôle (5.1). Ensuite, notre démarche a consisté en une analyse thématique des matériaux recueillis, à partir de règles de codage mixtes, théoriques et émergentes (5.2). Ce cinquième chapitre vise donc à expliquer notre démarche empirique d'étude de l'influence des postures d'identification au rôle de responsable de pôle sur la tenue de ce dernier.

5.1. L'étude de quatre cas extrêmes de médecins en transition au sein d'un même CHU

Dans le cadre de cette recherche, nous avons choisi de mener une étude de cas multiples (Yin, 2003) auprès de quatre responsables de pôle d'un même établissement hospitalier. Nous avons choisi une étude de cas multiples afin d'explorer, de décrire, puis d'expliquer de manière approfondie (Miles et Huberman, 2003) les quatre cas que nous avons sélectionnés. Nous avons donc opté pour ne retenir qu'un seul des sites étudiés dans le cadre de la première partie de notre thèse. En effet, étant donné la faible influence du contexte organisationnel sur nos résultats, il ne nous a pas semblé utile de conserver deux établissements hospitaliers comme sites d'investigation. Nous avons préféré nous focaliser sur un seul d'entre eux afin d'approfondir certains cas. Notre choix s'est finalement porté sur le CHU, pour deux principales raisons. Premièrement, les cas de responsables de pôle du CHU étudiés dans le cadre de notre première partie nous sont apparus comme plus diversifiés que pour ceux du CH – comme les cas de réplique conflictuelle, uniquement présents au sein du CHU. Cette diversité nous permettait alors de choisir nos situations de postures

Partie II. Une étude de la transition par l'identification au rôle de médecin-gestionnaire

d'identification à explorer parmi un panel de responsables de pôle plus hétérogène. Deuxièmement, quelques responsables de pôle du CHU étudiés au cours de notre première investigation nous ont spontanément proposé de les rencontrer de nouveau. L'opportunité méthodique (Girin, 1989) a donc aussi constitué une des raisons de notre choix.

Souhaitant également nous focaliser sur seulement quelques cas afin de mieux pouvoir les approfondir, nous avons opté pour la sélection de quatre cas de responsables de pôle, avec toujours comme unité d'analyse l'individu (Hlady-Rispal, 2002). Notre choix parmi les responsables de pôle s'est effectué en fonction de la variété de leur situation d'ajustement vis-à-vis du rôle, déterminée lors de notre première partie. Plus précisément, nous avons opté pour le choix de quatre cas extrêmes (Yin, 2003), nous permettant d'étudier des postures d'identification contrastées. Les quatre responsables de pôle que nous avons retenus sont donc ceux dont la situation d'ajustement était extrême, c'est-à-dire la plus prononcée au sein de sa catégorie, l'individu affichant à la fois des choix plus tranchés relatifs à son intérêt ou désintérêt pour la gestion, et des significations personnelles fortement en accord ou désaccord avec celles portées par le rôle prescrit (voir la figure 8). Sur ce point d'ailleurs, nous tenons à préciser que seule la situation d'exploration n'a pu être approfondie, puisque le seul responsable de pôle dans cette situation a été contraint de démissionner. L'étude approfondie a posteriori de sa posture d'identification au rôle et de son travail quotidien de responsable de pôle, ne nous a pas semblé pertinente.

Dans la réalisation de notre choix, nous avons également veillé à sélectionner des responsables de pôle aux spécialités médicales variées, afin de pouvoir rendre compte des éventuels effets disciplinaires repérés au cours de notre première étude. Enfin, notre choix s'est aussi effectué, de manière plus pragmatique, en fonction de l'intérêt porté par les responsables de pôle à notre travail, de leur motivation à poursuivre l'étude avec nous, et des liens que nous avons déjà tissés. Par exemple, leur réaction face à la synthèse élaborée au cours de notre première étude (voir 2.2.1) nous a permis de reprendre contact avec eux et de développer une certaine confiance mutuelle. Nous avons finalement demandé l'accord à nos interlocuteurs afin de pouvoir approfondir leur cas. S'étant tous déjà montrés intéressés lors de notre première étude, cet accord n'a été qu'une formalité.

Les prochains paragraphes vont nous permettre de présenter dans le détail les quatre responsables de pôle choisis ainsi que leur pôle de rattachement : le responsable du pôle Couple-Enfant (5.1), la responsable du pôle Anesthésie-Réanimation (5.2), le responsable du

Partie II. Une étude de la transition par l'identification au rôle de médecin-gestionnaire

pôle Psychiatrie-Neurologie (5.3), et le responsable du pôle Appareil Locomoteur (5.4). Nous reviendrons plus précisément sur nos choix lors de ces présentations, notamment sur celui d'avoir retenu deux médecins en situation de répliation du rôle prescrit.

| | | | |
|-----------------------------------|---------------|--|---|
| | | <i>Ajustement par l'individu</i> | |
| | | <i>Faible</i> | <i>Fort</i> |
| <i>Ajustement par le rôle</i> | <i>Faible</i> | Réplication RP Anesthésie-Réanimation RP Psychiatrie-Neurologie | Absorption RP Appareil locomoteur |
| | <i>Fort</i> | Détermination RP Couple-Enfant | Exploration |

Figure 8. Les quatre responsables de pôle du CHU retenus en fonction de leur situation d'ajustement (cf. Nicholson, 1984)

5.1.1. Le pôle Couple-Enfant et son responsable

Le premier cas que nous avons sélectionné est celui du responsable du pôle Couple-Enfant. Analysé en situation de détermination lors de notre première étude, nous l'avons sélectionné pour son très fort rejet des significations liées au rôle qui lui est prescrit et son désintérêt pour la gestion. Intéressé par notre projet de recherche et très compréhensif à l'égard de notre posture de chercheur, il est le seul responsable de pôle rencontré à nous avoir spontanément proposé de poursuivre l'étude avec lui. Nous allons présenter successivement son pôle et son profil personnel.

Le pôle Couple-Enfant

Le pôle Couple-Enfant est un pôle clinique, médico-technique, et chirurgical du CHU étudié. Il a été créé en 2007, à l'occasion de la réforme de la nouvelle gouvernance hospitalière. Ce pôle est le plus gros du CHU de Grenoble puisqu'il comprend environ 575 personnels non-médicaux, auxquels s'ajoutent plus de 180 médecins permanents. Au niveau financier, le pôle Couple-Enfant est déficitaire, au moment de notre étude (2009), de près de 5,6 millions d'euros, avec des recettes de plus de 50 millions d'euros. Ce déficit est en baisse par rapport à l'année précédente (6,8 millions d'euros en 2008). C'est l'un des pôles emblématiques de la nouvelle gouvernance hospitalière. On le retrouve presque systématiquement d'un hôpital à l'autre, avec quelques variantes dans ses contours ou son appellation (par exemple, on le retrouve dans le CH étudié sous le nom de pôle Femme-Enfant).

Le pôle Couple-Enfant est ici le résultat du regroupement de 5 départements, devenus « cliniques universitaires » suite à la volonté du CHU : gynécologie et obstétrique, médecine néonatale et réanimation pédiatrique, pédiatrie, chirurgie pédiatrique, et génétique et procréation. Historiquement, les départements étaient dispersés sur plusieurs sites. La création de ce pôle a suivi une logique médicale de « circuit patient », avec la volonté de regrouper ses différentes spécialités sur un même site. Ce regroupement constitue le projet symbolique du pôle autour duquel il est structuré. Il est évoqué lors de chaque réunion. Il est cité dans chaque entretien. Il doit se concrétiser par la création d'un nouveau bâtiment : l'Hôpital Couple-Enfant (HCE). Avec une fin initialement prévue en 2010, le projet est planifié en 2 phases. Une « première tranche » doit regrouper 3 des 5 cliniques du pôle : gynécologie et obstétrique, médecine néonatale et réanimation pédiatrique, et génétique et procréation. Une « deuxième tranche » doit y ajouter les 2 cliniques restantes : pédiatrie et chirurgie pédiatrique. La première tranche a été réalisée entre 2007 et 2009. La deuxième doit être opérationnelle en 2011.

Le responsable du pôle Couple-Enfant

Le pôle Couple-Enfant est dirigé par un homme, médecin généticien (appartenant au département de génétique et procréation), titulaire du grade de Professeur des Universités - Praticien Hospitalier (PU-PH). Il travaille au sein du CHU depuis 1977. Il a débuté en tant que cardiologue, puis cardiologue-pédiatre, avant de se consacrer à la génétique en 1992. Sa

Partie II. Une étude de la transition par l'identification au rôle de médecin-gestionnaire

particularité par rapport aux autres responsables de pôle de l'établissement, est de ne pas avoir eu auparavant d'expérience managériale en tant que chef de structure médicale. En effet, dans la plupart des cas, le responsable de pôle est parallèlement chef d'une des unités qui le composent. Ici, ce n'est pas le cas. C'est un de ses collègues qui dirige la clinique de génétique et procréation. De même, il n'a connu aucune formation en gestion au cours de sa carrière. Il est cependant responsable depuis 1987 d'une structure transversale, le centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal de sa ville.

En 2006, année de préparation à la mise en place des pôles, la direction a contacté successivement plusieurs médecins chefs de département pour leur proposer la fonction de responsable de pôle. Revendiquant une charge de travail trop importante du fait de leur responsabilité de département, les chefs de département ont alors proposé à leur confrère généticien de prendre cette fonction. Alors lui-même en désaccord avec la réforme, et se jugeant peu compétent pour assumer cette fonction, ce dernier a refusé son assignation pendant un an. Suite à des compromis avec ses confrères, notamment en ce qui concerne le partage des responsabilités entre responsable de pôle et chef de clinique universitaire, le généticien en question a finalement accepté de prendre cette responsabilité de pôle. La direction générale ne l'a jamais sollicité directement pour cette fonction. Il est d'ailleurs décrit par un membre de la direction comme l'un des médecins ayant été les plus opposés à la réforme de la nouvelle gouvernance lors de son lancement. Par exemple, au moment de la création du trombinoscope des équipes dirigeantes de pôle, il fut l'un des seuls responsables à refuser de diffuser sa photo pour qu'elle y soit apposée.

5.1.2. Le pôle Anesthésie-Réanimation et sa responsable

Le deuxième cas que nous avons choisi est celui de la responsable du pôle Anesthésie-Réanimation. Analysée en situation de réplique lors de notre première étude, nous l'avons ici sélectionnée pour ses significations ambivalentes à l'égard de celles portées par son rôle et son fort intérêt pour la gestion. A priori plutôt méfiante à notre égard, cette responsable de pôle a cependant accepté de poursuivre l'étude avec nous, pour nous montrer notamment les difficultés personnelles rencontrées dans son rôle. Nous allons présenter son pôle et son profil personnel.

Le pôle Anesthésie-Réanimation

Le pôle Anesthésie-Réanimation est un pôle clinique et médico-technique du CHU. Classiquement, il a été créé en 2007, à l'occasion de la réforme de la nouvelle gouvernance hospitalière. Ce pôle comprend près de 315 personnels non-médicaux, auxquels s'ajoutent environ 80 médecins. Au moment de notre étude, le pôle Anesthésie-Réanimation est déficitaire d'environ 4,7 millions d'euros, avec des recettes de 21 millions d'euros. Comme pour le pôle Couple-Enfant, ce déficit est en tendance à la baisse par rapport à l'année précédente (7 millions d'euros en 2008). Bien que ce ne soit pas systématique (le CH étudié n'en a pas, par exemple), c'est un type de pôle que l'on retrouve fréquemment dans les établissements hospitaliers soit tel qu'ici, soit regroupé avec d'autres spécialités (les urgences, par exemple), étant donné le lien étroit entre les deux disciplines et le métier commun qui les rattache (anesthésiste-réanimateur).

Ce pôle résulte du regroupement de deux services, devenus « cliniques universitaires » avec l'implémentation de la réforme : anesthésie et réanimation. Les deux services sont historiquement très liés et leurs personnels collaborent fortement, les membres de l'un disposant très souvent de responsabilités de gestion dans l'autre, à l'image de la responsable du pôle. La transversalité entre ces disciplines est donc quasi-naturelle. D'ailleurs, dans les faits, ce pôle ne semble constituer que l'officialisation d'une collaboration déjà existante, puisque ces deux spécialités avaient auparavant été regroupées sous la forme d'un département d'anesthésie-réanimation. La constitution du pôle a donc répondu à deux logiques : une logique médicale de « circuit patient », comme le pôle Couple-Enfant, mais également une logique de praticité, en référence aux liens historiques entre les disciplines. Contrairement au pôle Couple-Enfant, ce pôle ne s'est pas structuré autour d'un, mais de plusieurs projets, que nous qualifions d'historiques, car conduits depuis de nombreuses années : Nouveau Plateau Technique (NPT) pour regrouper des moyens médico-techniques et chirurgicaux ; Consultations Centralisée d'Anesthésie (CCA) pour optimiser le fonctionnement entre anesthésistes et chirurgiens ; ou encore Trauma Centre afin de traiter plus efficacement les traumatismes sévères.

La responsable du pôle Anesthésie-Réanimation

Le pôle Anesthésie-Réanimation est dirigé par une femme, médecin anesthésiste-réanimateur, titulaire du grade de Maître de Conférence des Universités - Praticien Hospitalier (MCU-PH). Ce grade est d'ailleurs mentionné à plusieurs reprises par celle-ci comme une marque de distinction, puisqu'elle est la seule responsable de pôle à ne pas avoir le grade de PUPH – plus élevé statutairement dans ce cadre d'emploi. Selon elle, il s'agirait d'une sorte d'entorse à la règle de domination des PUPH, qui lui vaudrait d'être moins légitime à leurs yeux. Cette responsable de pôle travaille au CHU de Grenoble depuis 1970. Son parcours est marqué par une transversalité importante entre les deux disciplines. Elle a d'abord été rattachée à la réanimation en prenant la responsabilité d'une unité fonctionnelle de cette spécialité après son internat, avant de devenir en 1993 chef du service de réanimation – et ce jusqu'en 2007. Ensuite, et de concert avec cette mission, elle a commencé à seconder le chef du service d'anesthésie, en retrait de ses fonctions. Assez naturellement, la chefferie du département, regroupant ces deux spécialités, lui a été confiée. Parallèlement à ces responsabilités, elle a participé à de nombreuses instances de l'hôpital. Elle a notamment été membre de la CME, du bureau de CME, et de plusieurs autres commissions et projets : Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la prise en charge (CRUQ), Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN), commission du matériel médical, groupes de travail sur le projet d'établissement... C'est une personne qui se montre très investie dans la gestion du CHU, assumant le fait d'avoir « un peu laissé tombé le soin » au profit de « l'administratif ». Parallèlement, elle a également suivi quelques formations en gestion (notamment de la qualité), mais n'en a plus beaucoup de souvenirs. Elle a avant tout appris la gestion sur le terrain.

Sa nomination à la tête du pôle Anesthésie-Réanimation s'est faite de manière assez simple. Etant déjà chef du département du même nom, et aucun autre médecin ne souhaitant postuler à ce poste, elle fut la seule candidate. Un vote a d'abord eu lieu auprès des membres du pôle, sans aucune contestation de sa candidature. Elle note cependant que les autres médecins du pôle sont globalement très opposés à la réforme et à ce nouveau rôle. Puis, la direction a validé ce vote en la nommant responsable du pôle, suivant la procédure instaurée. Partant très prochainement en retraite, elle va laisser sa responsabilité de pôle à un de ses confrères médecins. Elle se montre cependant craintive concernant les possibilités de successeurs, ceux-ci étant, selon elle, peu enclins à négocier avec la direction.

5.1.3. Le pôle Psychiatrie-Neurologie et son responsable

Le troisième cas que nous avons sélectionné est celui du responsable du pôle Psychiatrie-Neurologie. Classé en situation de réplication comme la responsable du pôle Anesthésie-Réanimation lors de notre première investigation, nous l'avons choisi ici pour ses significations plutôt en adéquation avec celles de son rôle, et son intérêt modéré pour la gestion. Si nous avons souhaité retenir deux cas de responsables de pôle issus de la même catégorie d'ajustement au rôle, c'est pour le fort contraste entre ces deux cas malgré leur ajustement similaire : l'un est fortement attiré par la gestion, l'autre moins ; l'un défend des significations ambivalentes, l'autre a des significations plus homogènes. Comme pour le pôle Couple-Enfant, le responsable de pôle présenté ici s'est montré intéressé par notre travail et nous a facilement ouvert les portes de son pôle. Les paragraphes qui suivent vont nous permettre de présenter le pôle en question, ainsi que le profil de son responsable.

Le pôle Psychiatrie-Neurologie

Le pôle Psychiatrie-Neurologie est un pôle clinique et médico-technique du CHU, créé en 2007, à l'occasion de la réforme de la nouvelle gouvernance hospitalière. Ce pôle comprend autour de 300 personnels non-médicaux auxquels s'ajoutent environ 30 médecins. Contrairement aux deux précédents pôles présentés, le pôle Psychiatrie-Neurologie est, au moment de notre étude, bénéficiaire de plus de 2,4 millions d'euros, avec des recettes de près de 28 millions d'euros. Ce bénéfice affiche une tendance à la stabilité par rapport à l'année précédente (2,5 millions d'euros en 2008). Ce pôle s'avère relativement atypique par rapport aux autres pôles de psychiatrie en général. En effet, étant donné le mode de financement particulier de cette spécialité au niveau national, qui est resté inchangé par les dernières réformes, les établissements hospitaliers choisissent en général de distinguer cette discipline en lui consacrant un pôle spécifique. Souvent, on retrouve donc, à l'instar du CH précédemment étudié, des pôles uniquement dédiés à la psychiatrie. En ce sens, le pôle Psychiatrie-Neurologie se démarque de cette tendance globale.

Ce pôle résulte donc de la combinaison de deux départements : celui de psychiatrie et celui de neurologie. Toutefois, contrairement aux deux pôles présentés précédemment, la logique de sa création n'est pas directement celle d'un « circuit patient », mais plutôt d'une synergie universitaire, les deux disciplines étant restées très proches au niveau académique (en termes

Partie II. Une étude de la transition par l'identification au rôle de médecin-gestionnaire

d'activité clinique, elles étaient auparavant regroupées avant d'être séparées dans les années 1970). Ce regroupement en pôle a été décidé par les responsables des deux disciplines dès le début de la réflexion. En revanche, des scénarios alternatifs ont été envisagés, avec d'abord l'association de la gériatrie, les trois départements entretenant déjà une collaboration étroite concernant le traitement de la maladie d'Alzheimer ; avec ensuite le rapprochement de la neurochirurgie et de la neuroradiologie afin de se centrer sur les sciences du cerveau. Les deux projets de pôle n'ont finalement pas aboutis pour causes de mésententes relatives à la logique de création. C'est donc l'idée initiale de pôle Psychiatrie-Neurologie qui a été retenue.

Le responsable du pôle Psychiatrie-Neurologie

Le pôle Psychiatrie-Neurologie est dirigé par un homme, psychiatre pour adultes de spécialité, titulaire du grade de Professeur des Universités - Praticien Hospitalier (PU-PH). Il exerce dans ce CHU seulement depuis 1998, étant l'un des rares responsables de pôle interrogés à n'avoir pas effectué l'ensemble de son parcours au sein du même établissement. Il a été directement nommé chef du service de psychiatrie de l'adulte à son arrivée dans le CHU, avant d'être parallèlement réquisitionné, en 2000, comme responsable intérimaire du service de pédopsychiatrie, suite au départ à la retraite du précédent chef de service. La pédopsychiatrie ne constituant pas sa spécialité d'origine, il a alors eu l'idée de regrouper, en 2003, les deux services (adultes et enfants) pour ne former qu'un seul département de psychiatrie, dont il a naturellement pris la tête. A côté de sa chefferie de structure au sein de l'établissement, il exerce des responsabilités nationales en tant que président du syndicat universitaire de psychiatrie. Avant d'être nommé chef de pôle, il n'a participé à aucune formation en gestion.

Sa nomination à la tête du pôle Psychiatrie-Neurologie s'est faite dans des conditions d'urgence. A priori pas du tout intéressé par cette responsabilité, car y voyant une évolution vers un rôle strictement gestionnaire fortement contrôlé par la direction générale, il a spontanément déclaré à ses confrères sa volonté de ne pas prendre ce poste. De plus, son collègue chef du département de neurologie ayant montré sa motivation pour accéder à ce rôle, le médecin étudié lui a laissé champ libre pour postuler – en proposant la possibilité d'une responsabilité de pôle alternée entre neurologie et psychiatrie à chaque nouveau mandat. Toutefois, dans des circonstances mystérieuses (prise de disponibilité imprévue pour voyager, pour cause de conflits au sein de son département), ce responsable de l'activité de

Partie II. Une étude de la transition par l'identification au rôle de médecin-gestionnaire

neurologie a quitté temporairement le CHU, laissant le poste qu'il convoitait sans aucune autre candidature.

Dans ces circonstances, suivant la suggestion du conseil exécutif de l'établissement, et en réponse aux appels du pied répétés de la direction générale, le chef du département de psychiatrie a finalement accepté de postuler pour cette fonction, tout en conservant sa chefferie de service en psychiatrie. A partir de là, la démarche suivie a été classique, telle que prévue par l'établissement (vote du personnel de pôle, nomination par le directeur et le président de CME). Bien que les propos qu'il tiennent en entretien ne le suggèrent pas, ce responsable de pôle est également décrit par un membre de la direction comme l'un des médecins les plus opposés à la réforme de la nouvelle gouvernance lors de son lancement. Par exemple, il a adopté le même comportement que le responsable du pôle Couple-Enfant, en refusant d'associer sa photo au trombinoscope des équipes dirigeantes de pôle. Ce sont les deux seuls médecins à s'y être opposés.

5.1.4. Le pôle Appareil Locomoteur et son responsable

Le quatrième et dernier cas que nous avons choisi est celui du responsable du pôle Appareil Locomoteur. Analysé en situation d'absorption au cours de notre première étude, nous l'avons sélectionné en raison de la forte proximité de ses significations avec celles mises en avant par le rôle prescrit et son intérêt aigu pour la gestion. En ce sens, il représente l'opposé du responsable du pôle Couple-Enfant qui, lui, ne se montre pas du tout intéressé par la gestion. Séduit par notre projet de recherche, ce responsable de pôle a aisément accepté de poursuivre l'étude avec nous, notamment pour nous montrer les réussites de son pôle. Nous allons présenter son pôle puis son profil personnel dans les prochaines lignes.

Le pôle Appareil Locomoteur

Le pôle Appareil Locomoteur est un pôle principalement chirurgical, mais également clinique, au sein du CHU étudié. Comme les autres pôles, il a été créé en 2007, par l'application de la réforme de la nouvelle gouvernance. Ce pôle comprend près de 300 personnels non-médicaux, auxquels s'ajoutent environ 25 médecins. A l'instar du pôle Psychiatrie-Neurologie, ce pôle Appareil Locomoteur est bénéficiaire, au moment de notre

Partie II. Une étude de la transition par l'identification au rôle de médecin-gestionnaire

étude. Ses bénéficiaires, qui s'élèvent à près de 1,4 millions d'euros avec des recettes proches de 30 millions d'euros, sont cependant en diminution (2,6 millions d'euros en 2008). Ce type de pôle se retrouve fréquemment dans les établissements hospitaliers, avec des intitulés plus ou moins différents.

Ce pôle résulte initialement du regroupement de trois services : le service d'orthopédie, le service de rhumatologie et le service de gériatrie. La logique de création de ce pôle est différente de celle des autres pôles étudiés, car ne reposant ni sur l'idée de « circuit-patient », ni sur celle de synergie universitaire. Sa logique est double. Elle concerne avant tout la localisation géographique, puisqu'avant de constituer un pôle, les services concernés faisaient tous partie d'un même site, connu sous le nom d'Hôpital Sud. L'histoire commune ayant pu favoriser quelques collaborations entre eux, il existe bien une certaine logique clinique aussi, mais elle est très faible dans ce quatrième cas. La logique géographique est bien celle qui prédomine et qui a été à l'origine de la création de ce pôle, et du regroupement des services d'orthopédie et de rhumatologie.

Il existe cependant une autre logique qui a émergé, au cours de la phase de pré-pôle qu'a entrepris l'établissement. Cette logique est celle que nous pourrions appeler « la résolution des conflits ». En effet, à cause de mésententes historiques en son sein, la discipline de gériatrie (dispersée sur trois sites) n'a pas souhaité se réunir au sein d'un même pôle. La direction a alors proposé au futur pôle Appareil Locomoteur d'intégrer le service de gériatrie situé à proximité de l'orthopédie et de la rhumatologie dans son périmètre, ce qu'il a accepté. Ce pôle a donc, pendant une courte période (moins de deux ans), porté le nom de pôle Appareil Locomoteur et Gériatrie. Au cours de notre étude cependant, la discipline de gériatrie ayant pu retrouver une certaine cohésion, le service en question a quitté le pôle Appareil Locomoteur pour fusionner avec sa discipline. C'est pourquoi nous parlerons, pour plus de simplicité de compréhension dans cette thèse, du pôle Appareil Locomoteur, sans y intégrer la gériatrie.

Le responsable du pôle Appareil Locomoteur

Le pôle Appareil Locomoteur est dirigé par un homme, chirurgien orthopédique, titulaire du grade de Professeur des Universités - Praticien Hospitalier (PU-PH). Il exerce dans ce CHU depuis 1976, établissement dans lequel il a effectué l'ensemble de sa carrière. Il est devenu

Partie II. Une étude de la transition par l'identification au rôle de médecin-gestionnaire

chef du service d'orthopédie (chirurgie orthopédique et traumatologie du sport) dès 1980, et ce jusqu'à présent, tout en assurant des responsabilités d'unités fonctionnelles en parallèle. Il continue d'ailleurs d'exercer cette responsabilité de service (maintenant appelé clinique universitaire) en même temps que sa chefferie de pôle. Il est très attaché à ce service dont il considère avoir construit la notoriété durant ces 30 dernières années. Par ailleurs, il n'a jamais suivi de formations en gestion (à l'exception de celles mises en place pour la réforme), et estime qu'il n'en a pas besoin, étant donné son état d'esprit tout à fait adapté, qu'il caractérise comme de l'intuition gestionnaire.

Sa nomination en tant que responsable du pôle Appareil Locomoteur s'est faite de manière simple, sans difficultés. C'est la direction générale qui l'a approché pour lui demander de prendre cette fonction, et ce choix n'a pas été débattu ni par ses confrères médecins et chirurgiens, ni par les autres personnels. Bien que ne souhaitant pas particulièrement cette fonction – n'étant pas attiré par la gestion d'autres spécialités médicales que la sienne –, il l'a finalement endossée pour pouvoir plus efficacement défendre son service vis-à-vis des tutelles régionales qui menaçaient alors de supprimer les unités d'urgences orthopédiques. Ayant accepté, la démarche de nomination s'est donc poursuivie de manière classique, telle que prévue par le CHU.

Les quatre responsables de pôle que nous avons sélectionnés pour cette deuxième étude sont donc très différents, à la fois concernant les spécialités médicales qu'ils ont à gérer ; et concernant surtout leur profil et parcours personnel, qui constituent notre principal motif de choix. Sur ce dernier point, nous avons pu mettre l'accent sur la probable bonne volonté et l'engagement des responsables des pôles Anesthésie-Réanimation et Appareil Locomoteur, ayant spontanément accepté d'endosser ce rôle, à partir de leur goût pour la gestion. Mais nous avons aussi pu souligné les éventuels cas problématiques de contestation ou de moindre engagement des responsables des pôles Couple-Enfant et Psychiatrie-Neurologie, n'ayant pas souhaité initialement endosser ce rôle en raison de leur manque d'attrait pour la gestion. Bien que leur comportement n'était pas prévisible, tout nous laissait à croire que leur identification au rôle de responsable de pôle, et leur mise en œuvre de ce dernier, résulteraient en des situations très distinctes. Dans les prochains paragraphes, nous allons nous pencher sur notre méthodologie d'investigation et d'analyse de ces quatre cas de recherche.

5.2. La méthodologie employée pour le recueil et l'analyse des matériaux relatifs à l'identification à un rôle et à sa tenue

Afin d'étudier l'identification au rôle de responsable de pôle, et d'approfondir la question de la tenue de ce rôle, nous avons mis en place une méthodologie d'investigation et d'analyse commune auprès des quatre cas sélectionnés. Nous allons d'abord voir que nous avons de nouveau choisi l'entretien semi-directif comme principal mode de recueil des matériaux auprès des responsables de pôle et de leurs principaux collaborateurs (5.2.1). Nous verrons ensuite que nous avons également adopté une démarche d'analyse mixte, théorique et émergente, pour le codage des matériaux récoltés (5.2.2). Nous précisons dans ces prochains paragraphes les raisons qui ont motivé nos choix, ainsi que les implications de ces derniers pour notre méthodologie d'étude.

5.2.1. L'entretien individuel auprès des responsables de pôle et de leurs collaborateurs : un mode de recueil des significations personnelles et des pratiques quotidiennes

Dans cette étude de l'identification au rôle de responsable de pôle, et de la tenue du rôle en découlant, nous avons également opté pour l'utilisation de l'entretien individuel comme mode de recueil des informations primaires. Celui-ci nous permettait d'explorer le processus individuel complexe (Gavard-Perret et al., 2008) de l'identification à un rôle et de l'influence de celle-ci sur la tenue d'un rôle. L'entretien nous permettait aussi et surtout d'étudier les représentations des médecins vis-à-vis de leur rôle (Allard-Poesi et al., 2007), ainsi que leurs pratiques quotidiennes (Blanchet et Gotman, 2007). Là aussi, nous avons préféré l'entretien semi-directif car il favorisait l'émergence des significations personnelles qu'attribuait le médecin à son rôle, tout en permettant de recadrer la discussion autour de nos questionnements de recherche si besoin (Gavard-Perret et al., 2008).

L'accès au terrain et le ciblage des entretiens

Notre accès aux quatre responsables de pôle choisis s'est avéré simple. Dans l'idéal, il nous a même été possible de rencontrer de nouveau le responsable de pôle sur sa proposition. C'est le cas du responsable du pôle Couple-Enfant qui, se montrant spontanément intéressé par notre recherche, nous a proposé de lui-même de le rencontrer une nouvelle fois. Concernant les responsables des pôles Anesthésie-Réanimation, Psychiatrie-Neurologie, et Appareil Locomoteur, intéressés aussi par ce travail, leur accord a été très facile à obtenir. Dans tous les cas, dans un souci de rigueur, chaque nouvelle demande de rencontre avec les responsables de pôle a été accompagnée, par e-mail, de la retranscription du premier entretien ayant eu lieu avec eux. Nous allons voir plus loin que cette pratique nous a permis de creuser certains aspects de leur transition. Finalement, des interactions plus ou moins fortes se sont développées entre nous et nos quatre principaux interlocuteurs. Certains, comme le responsable du pôle Couple-Enfant, par exemple, nous ont un peu pris sous leur aile, en nous tutoyant, nous conviant aux réunions, nous présentant à certains de leurs collaborateurs, ou nous faisant quelques confidences sur leurs problèmes quotidiens. Ce type de relation a donc favorisé un recueil d'informations approfondi. D'autres responsables, comme celui du pôle Appareil Locomoteur, un peu plus distants, nous ont laissé intervenir de manière plus autonome et ponctuelle dans leur pôle. Le recueil d'informations a donc été riche là aussi, mais moins fouillé en termes d'anecdotes notamment. Ces relations ont donc en partie influencé notre investigation.

Au-delà des entretiens avec ces responsables, nous avons également cherché à rencontrer leurs principaux collaborateurs afin de pouvoir mieux comprendre leurs interactions et trianguler les informations. Pour cela, nous avons identifié leur constellation de rôle (traduction libre de « *rôle set* » : Ashforth, 2001 ; Katz et Kahn, 1978 ; Merton, 1957), c'est-à-dire les différentes rôles plus ou moins directement liés au rôle particulier étudié, ici celui de responsable de pôle. En interrogeant nos quatre interlocuteurs au sujet de leurs principaux collaborateurs, et en recoupant diverses informations recueillies (entretiens et documents), nous avons pu identifier une constellation de rôle type (voir la figure 9). Cette constellation-type nous a permis de détailler ensuite les variations, pour chaque responsable de pôle étudié. Par exemple, le responsable du pôle Psychiatrie-Neurologie mettant particulièrement en avant le rôle de sa secrétaire référente dans la coordination du pôle, nous avons choisi de l'intégrer à sa constellation de rôle.

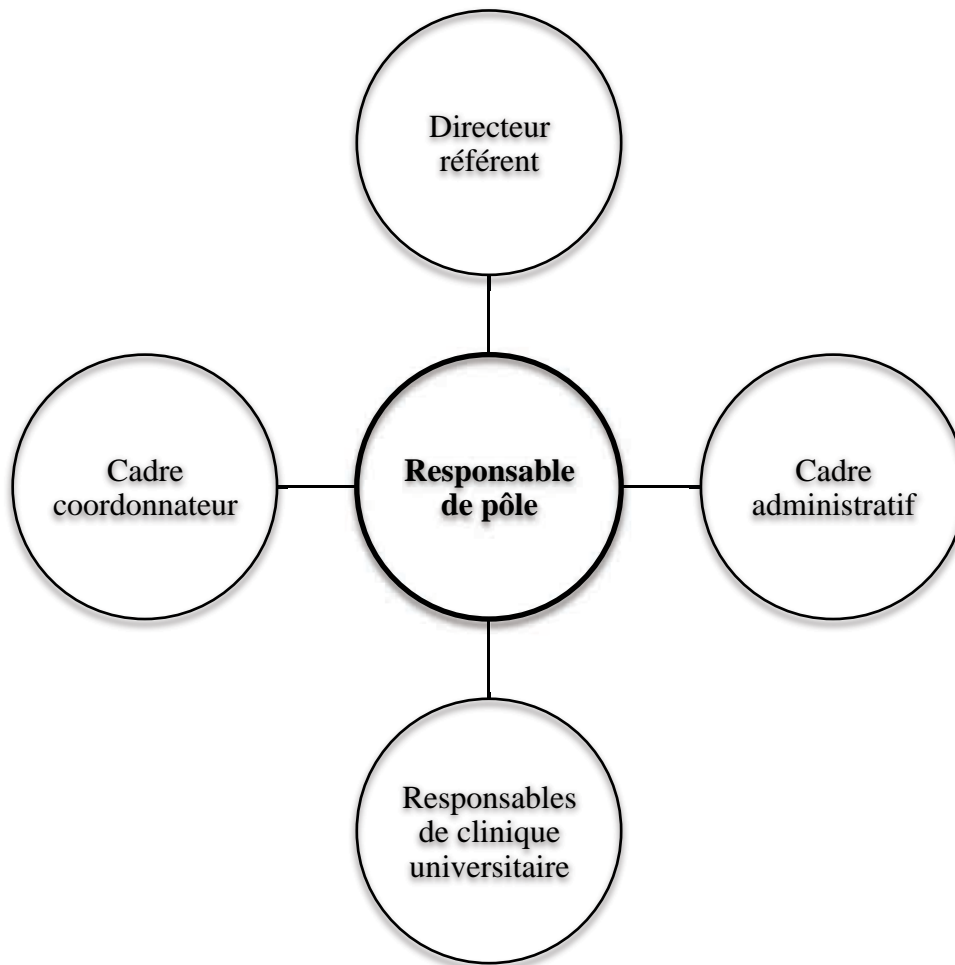


Figure 9. La constellation de rôle type d'un responsable de pôle au sein du CHU étudié

La plupart du temps, la rencontre des membres de ces constellations s'est faite de manière autonome, sur simple appui du responsable de pôle étudié. Toutefois, pour faciliter ces rencontres, la directrice générale adjointe de l'établissement nous a conseillé de venir présenter succinctement notre projet de recherche aux cadres coordonnateurs et administratifs, au cours d'une réunion plénière. Bien que notre intervention ait été brève, celle-ci a immédiatement soulevé des réactions positives de la part des personnels présents, certains prenant spontanément la parole pour soutenir notre projet, et réclamer une plus grande vigilance de la direction sur le questionnement du rôle de responsable de pôle – les intervenants reprochant aux responsables de pôle de ne pas suffisamment s'investir dans leur rôle. Cette présentation nous a ensuite permis de rencontrer rapidement les cadres coordonnateurs et administratifs, a priori très intéressés par notre recherche. Par ailleurs, les autres membres de la constellation (directeurs référents, secrétaire de pôle) ont accepté

Partie II. Une étude de la transition par l'identification au rôle de médecin-gestionnaire

facilement de nous rencontrer, à l'exception des responsables de clinique universitaire qui n'ont pas toujours souhaité nous rencontrer, malgré l'appui des responsables de pôle. Certains d'entre eux ont se sont cependant montrés très disponibles.

Dans le cadre de cette étude, qui s'est déroulée de septembre 2009 à septembre 2010 – certains entretiens ayant eu lieu au cours de la fin de notre première étude –, nous avons mené 30 entretiens approfondis avec les responsables de pôle sélectionnés et des membres de leur constellation de rôle. Plus précisément, nous avons réalisé 12 entretiens au sein du pôle Couple-Enfant, en nous focalisant sur son responsable (interrogé à deux reprises), la cadre coordonnatrice, les deux cadres supérieurs de santé adjoints, l'ex-cadre administratif, la nouvelle cadre administrative, l'ex-directrice référente, le nouveau directeur référent (à deux reprises), ainsi que trois responsables de clinique universitaire (chirurgie pédiatrique, médecine néonatale et réanimation pédiatrique, et pédiatrie). Nous avons mené également 7 entretiens au sein du pôle Anesthésie-Réanimation, en rencontrant la responsable du pôle (à deux reprises), la cadre coordonnatrice, l'ex-cadre administratif, la nouvelle cadre administrative, le directeur référent, ainsi que le responsable de la clinique universitaire d'anesthésie (le responsable de la clinique universitaire de réanimation n'ayant pas souhaité nous rencontrer).

Nous avons aussi interrogé 6 personnes au sein du pôle Psychiatrie-Neurologie, à savoir le responsable l'ex-cadre coordonnatrice, la nouvelle cadre coordonnatrice, la cadre administrative, la directrice référente, ainsi que la secrétaire référente du pôle (le responsable de la clinique universitaire de neurologie n'ayant pas souhaité nous rencontrer). Enfin, nous avons effectué 5 entretiens également au sein du pôle Appareil Locomoteur, en rencontrant le responsable, la cadre coordonnatrice, la cadre administrative, le directeur référent, et le responsable de la clinique universitaire de rhumatologie. Nos entretiens ont duré entre 50 minutes et 3 heures 25 minutes, avec une moyenne d'environ 1 heure 35 minutes par entretien. Pour cette étude, nous avons également réutilisé nos premiers entretiens avec les quatre responsables de pôle sélectionnés (soit quatre entretiens), haussant notre nombre total d'entretiens analysés à 34. Nous récapitulons ces entretiens en annexe de cette thèse (voir annexe n°10).

La construction et l'utilisation des guides d'entretien semi-directifs

Dans le cadre de ces rencontres avec les responsables de pôle et les membres de leur constellation de rôle, nous avons donc également opté pour l'utilisation d'entretiens semi-directifs auprès de nos interlocuteurs. Comme expliqué précédemment, l'objectif était de nous laisser une certaine marge de manœuvre pour à la fois laisser émerger les significations portées au rôle par nos interlocuteurs, tout en pouvant recadrer la discussion autour de nos questionnements de recherche. Aussi, afin de cibler nos entretiens, nous avons construits deux types de guides d'entretien distincts, l'un destiné aux responsables de pôle étudiés et l'autre aux différents membres de leur constellation de rôle. D'abord orientés autour de thèmes larges, ces guides ont été affinés progressivement.

Concernant le guide d'entretien destiné aux responsables de pôle (voir annexe n°11), celui-ci avait pour but à la fois de comprendre leur posture d'identification vis-à-vis de leur rôle, et de préciser la manière dont ils tenaient leur rôle – comme précisé auparavant, nous nous sommes appuyé sur nos premiers entretiens avec eux. Pour cela, nous avons construit ce guide autour de trois thèmes, comprenant chacun plusieurs questions. Un premier thème a été consacré aux activités du responsable de pôle. Il comportait des questions concernant les spécificités de son travail par rapport à celui d'un chef de service, la place occupée par ses responsabilités dans son travail quotidien, ou encore l'impact de ces responsabilités sur ses autres activités médicales. Un second thème a été dédié au fonctionnement collectif du pôle. Il intégrait des questions relatives à la collaboration entre le médecin et sa constellation de rôle, et aux projets menés typiquement dans le cadre du pôle. Un troisième thème a été consacré au positionnement identitaire du responsable de pôle à l'égard de son rôle. Il incluait des questions concernant ses attentes a priori et actuelles, ses motivations dans le rôle, les bénéfiques que celui-ci pouvait lui apporter, ou encore les conseils qu'il aurait donné à un autre responsable de pôle. Dans ce guide d'entretien en particulier, nous avons veillé à laisser la parole au médecin concernant ses opinions quant à la réforme, au rôle prescrit, ou encore à la contractualisation avec la direction. Ces informations très subjectives et peu cadrées nous ont permis d'alimenter fortement notre réflexion autour de l'identification au rôle de responsable de pôle.

En ce qui concerne le guide d'entretien dédié aux membres de la constellation de rôle des responsables de pôle (voir annexe n°12), nous l'avons également bâti autour de trois thèmes, approfondis progressivement. L'objectif de ce guide était à la fois de trianguler les

Partie II. Une étude de la transition par l'identification au rôle de médecin-gestionnaire

informations recueillies auprès des responsables de pôle, et surtout de resituer le rôle du responsable de pôle dans le contexte d'un travail collectif. Indirectement, ce guide avait également vocation à nous donner des indications sur la posture d'identification du responsable de pôle. Cet objectif multiple a guidé l'élaboration de nos trois thèmes et des questions y étant liées. Un premier thème a été dédié au rôle que la personne interrogée occupait dans le pôle (cadre coordonnateur, cadre administratif, directeur référent...), et comportait des questions relatives à ses missions et activités quotidiennes. Un deuxième thème a été consacré au travail collectif entre le responsable de pôle et la personne interrogée, et contenait des questions orientées autour des projets du pôle, des collaborations entre le responsable de pôle et l'interviewé. Un troisième thème a été dédié au rôle de responsable de pôle et aux décalages et concordance entre le rôle attendu et le rôle effectivement tenu par ce dernier. Ce thème comprenait des questions concernant les missions et activités du responsable de pôle et l'évaluation du travail effectué par celui-ci. Qu'il s'agisse de ce guide pour interroger les membres de la constellation de rôle ou de celui élaboré pour les responsables de pôle, ils ont vu émerger certaines questions en fonction des précédents entretiens réalisés, afin de préciser le rôle du responsable de pôle au sein de certains projets ou certaines collaborations.

Les entretiens relatifs à cette deuxième étude se sont déroulés de manière très satisfaisante. Comme pour notre première étude, tous les entretiens ont pu être enregistrés à partir d'un dictaphone, avec l'accord de nos interlocuteurs (voir annexe n°13 pour un exemple de retranscription). Là encore, nous n'avons rencontré aucun problème lors de nos entretiens, au contraire, puisque des relations de confiance se sont établies dans certains des pôles étudiés. Par exemple, le responsable du pôle Couple-Enfant nous a spontanément et régulièrement convié à des réunions au sein de son pôle, jusqu'à nous inscrire dans la liste de diffusion des convocations et comptes-rendus de réunion. Les contacts avec la plupart de nos interlocuteurs se sont donc établis facilement. En revanche, quelques difficultés ont été rencontrées avec les responsables de clinique universitaire, qui n'ont pas spontanément accepté de nous rencontrer. Nous avons donc essayé de les convaincre par différentes méthodes (relances téléphoniques, demandes auprès des responsables de pôle ou des cadres coordonnateurs...), souvent en vain. C'est pourquoi certains d'entre eux n'ont pu être interviewés.

Notre démarche de recueil de matériaux pour cette deuxième étude a donc été longue mais tout de même plus simple que lors notre première investigation, étant donné que notre contact avec le terrain s'était développé. Au final, nous avons donc recueillis de nombreux matériaux,

Partie II. Une étude de la transition par l'identification au rôle de médecin-gestionnaire

encore plus riches que précédemment car permettant d'approfondir les quatre cas sélectionnés. Au total, il s'agit de pas moins de 50 heures d'enregistrement d'entretiens que nous avons été amenés à traiter. De plus, nous avons réutilisé, dans une moindre mesure, les documents internes et externes recueillis au cours de notre première étude afin de préciser la logique globale du rôle prescrit. Nous allons à présent expliquer notre démarche d'analyse des matériaux recueillis.

5.2.2. Le codage des matériaux récoltés : une analyse mixte et intrasite des postures d'identification des médecins et de la tenue de leur rôle

Dans la lignée de notre étude de l'influence de l'identification au rôle de responsable de pôle sur la tenue de ce dernier, nous avons utilisé une démarche d'analyse de contenu thématique (Allard-Poesi et al., 2007 ; Blanchet et Gotman, 2007), en mobilisant la typologie d'Ashforth (2001) pour caractériser les postures d'identification à un rôle, et en repérant la logique globale du rôle prescrit pour qualifier la tenue du rôle. Dans le cadre de cette analyse, une analyse lexicale a également été effectuée (Allard-Poesi et al., 2007), mais n'a cependant constitué qu'un outil pour l'analyse thématique. Nous avons de nouveau opté pour cette démarche car elle nous permettait de cadrer a priori nos résultats de manière théorique et horizontale, afin d'ensuite pouvoir les approfondir cas par cas, verticalement ou intrasite, dans l'optique de décrire et d'expliquer individuellement chacun d'eux (Miles et Huberman, 2003). Comme pour l'étude précédente, nous avons choisi un codage mixte, suivant notre cadre théorique (Miles et Huberman, 2003), et émergent de nos matériaux (Glaser et Strauss, 1967, cités par Miles et Huberman, 2003). Là non plus, nous n'avons pas employé de logiciel d'analyse. Nous allons expliquer plus précisément notre mode de codage dans les prochains paragraphes, concernant d'abord les postures d'identification puis la tenue du rôle de responsable de pôle.

L'utilisation de la typologie d'Ashforth (2001) comme méthode de cadrage théorique des postures d'identification à un rôle

Dans un premier temps, nous avons utilisé la typologie d'Ashforth (2001) relative aux postures d'identification à un rôle afin d'orienter et de cadrer théoriquement notre codage des

Partie II. Une étude de la transition par l'identification au rôle de médecin-gestionnaire

matériaux (voir la figure 7 pour rappel). Nous avons choisi cette typologie, après plusieurs allers-retours entre notre terrain et la littérature, car elle constituait une grille d'analyse suffisamment complète et souple pour nous permettre d'envisager les différents types de postures théoriques et les situations repérées parmi nos matériaux.

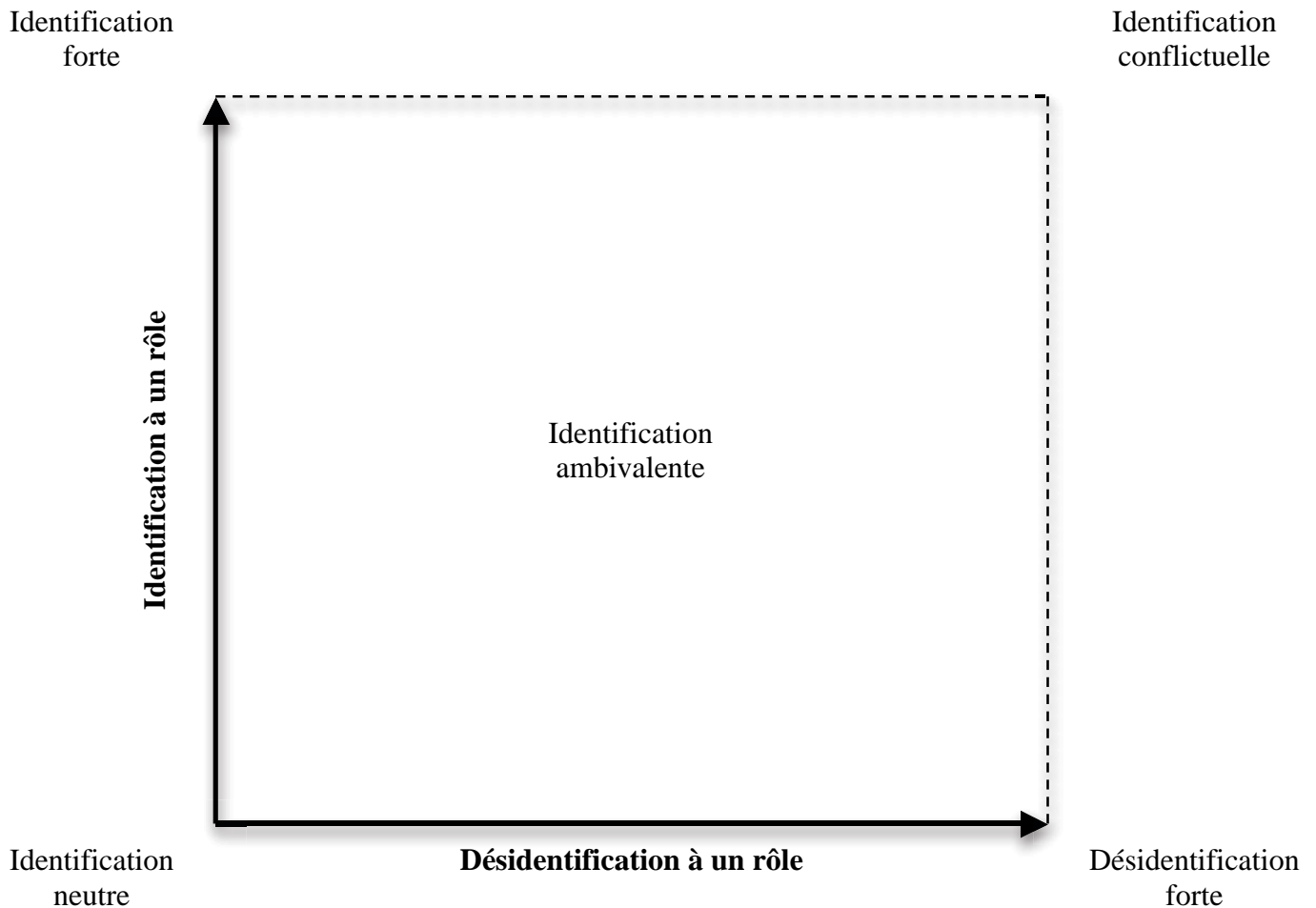


Figure 7. Les postures d'identification et de désidentification à un rôle
(adapté d'Ashforth, 2001) (rappel)

En soi, elle ne nous a pas directement permis de coder nos matériaux, mais plutôt de guider notre analyse. Aussi, nous l'avons utilisée afin de repérer dans la littérature les modes de codage de l'identification utilisés.

A notre grand étonnement, nous avons constaté que l'identification à un rôle ou à une organisation (et au-delà même le concept d'identité) n'est que très rarement explicitée d'un

Partie II. Une étude de la transition par l'identification au rôle de médecin-gestionnaire

point de vue méthodologique, malgré les nombreuses recherches sur le sujet. D'abord, de nombreux travaux sur le sujet sont conceptuels et ne traitent pas de ces questions de codage (voir typiquement Stets et Burke, 2000). Ensuite, un ensemble de recherches empiriques quantitatives envisagent l'identification de manière large, à partir d'échelles mesurant la proximité globale entre l'individu et son rôle (voir typiquement Mael et Ashforth, 1992). Enfin, les travaux empiriques qualitatifs expliquent souvent de manière très générale leur manière d'opérationnaliser le concept, en le traitant par exemple via la proximité entre le vocabulaire employé par les individus et le vocabulaire utilisé par l'organisation (voir typiquement Pratt, 2000). De manière encore plus symbolique, faisons référence à notre participation à une conférence internationale sur le sujet, où à la question « *comment repérez-vous l'identité dans les discours ?* », une chercheuse nous a répondu (après un petit silence général) « *nous ne savons pas comment nous faisons, mais nous faisons* »⁴.

L'opérationnalisation du concept d'identification comme méthode de codage mixte des postures d'identification à un rôle

Face à cette lacune de la littérature, nous avons choisi pour cette deuxième étude à la fois de nous rattacher à certaines pratiques de codage existantes (par exemple, Golden-Biddle et Rao, 1997 ; ou Ashforth, 2001) et de construire de manière émergente nos propres instruments de codage. Au final, nous avons retenu deux dimensions larges pour opérationnaliser le concept d'identification. D'une part, nous avons choisi la dimension de proximité/distance face au rôle. Nous l'envisageons, comme la littérature le fait, à partir de signes du langage marquant un rapprochement ou un détachement personnel vis-à-vis du rôle prescrit. Nous avons notamment porté notre attention sur les champs lexicaux utilisés par les responsables de pôle pour parler de leur rôle (et de leur proximité/distance avec ceux diffusés au travers du rôle prescrit), ainsi que sur les pronoms (personnels, démonstratifs, possessifs) révélant une fusion/séparation avec le rôle. D'autre part, nous avons retenu la dimension d'accord/de rejet du rôle prescrit. Nous envisageons cette dernière, là aussi en cohérence avec la littérature, à partir des jugements personnels émis pour qualifier le rôle prescrit. Nous avons par exemple porté notre attention sur les appréciations et critiques faites par les responsables de pôle à l'égard de leur rôle et de la réforme, et au niveau d'importance conférée au rôle par ces derniers. Dans ces différents codages, nous avons été très vigilants aux dimensions du rôle

⁴ Traduit de l'anglais : « *we don't know how we do it, but we do it.* »

prescrit qui étaient visées par ces postures d'identification (aspects bureaucratiques, logique médico-économique...).

Le retour à la typologie d'Ashforth (2001) comme outil de catégorisation des postures d'identification à un rôle

Pour procéder à une catégorisation de nos résultats, nous sommes revenus à la typologie proposée par Ashforth (2001). Cette typologie nous a permis de situer nos résultats par rapport aux cinq postures d'identification proposées, à savoir : l'identification forte, la désidentification forte, l'identification neutre, l'identification conflictuelle, et l'identification ambivalente. Nous rappelons brièvement ici la signification de chacune de ces postures afin d'améliorer la compréhension de nos résultats :

- L'identification forte correspond à une posture où l'individu se définit fortement au travers des significations portées par son rôle ;
- La désidentification forte correspond à une posture où l'individu se définit en opposition forte à l'égard des significations portées par son rôle ;
- L'identification neutre correspond à une posture où l'individu ne se définit pas au travers des significations portées par son rôle – il se définit autrement, mais sans accord, ni opposition ;
- L'identification conflictuelle correspond à une posture où l'individu se définit fortement à la fois au travers des significations portées par son rôle, et en opposition à l'égard de celles-ci, soit concernant les mêmes dimensions du rôle, soit concernant différentes dimensions ;
- L'identification ambivalente correspond à une posture où l'individu se définit modérément en partie au travers des significations portées par son rôle, et en partie en opposition à l'égard des significations portées par son rôle, soit concernant les mêmes dimensions du rôle, soit concernant différentes dimensions.

Ce processus de catégorisation a donné naissance à un arbre de codage thématique, que nous présentons en annexe de cette thèse (voir annexe n°14). Notre arbre de codage thématique nous a permis de repérer les postures d'identification extrêmes, en considérant que tout mixage intermédiaire entre ces différentes postures consistait en une posture d'identification ambivalente, seule situation qui n'est pas ressortie de notre analyse.

Partie II. Une étude de la transition par l'identification au rôle de médecin-gestionnaire

Notre phase de catégorisation s'est cependant heurtée à une difficulté : la complexité des discours de nos interlocuteurs. En effet, bien que nos quatre responsables de pôle se soient tous retrouvés à proximité d'une posture d'identification extrême, leurs discours n'étaient pas aussi homogènes que nous l'aurions souhaité. Par exemple, le responsable du pôle Psychiatrie-Neurologie, bien que très neutre à l'égard de son rôle, a parfois montré des signes de satisfaction ou de déception vis-à-vis de celui-ci. Proportionnellement mineurs dans ses discours, nous avons cependant choisi de ne pas ignorer ces signes mais plutôt de les prendre en considération pour enrichir et nuancer sa posture d'identification. Notre catégorisation des postures d'identification a donc été plus souple que prévu initialement via notre cadrage théorique. Nous avons envisagé ces signes hétérogènes non pas comme des matériaux contradictoires avec les postures repérées, mais comme des éléments permettant de rendre compte de la complexité de nos résultats. Nous les avons systématiquement intégrés à notre réflexion dans une logique de double-pensée (El-Sawad et al., 2004). La typologie d'Ashforth (2001) n'a alors pas été utilisée comme un ensemble de cases figées, mais comme un graphique suivant deux axes continus (identification et désidentification). Nous avons par conséquent choisi de situer les responsables de pôle de manière libre dans ce schéma, en prenant en compte l'hétérogénéité de leurs discours.

L'identification de la logique globale du rôle prescrit comme méthode de codage souple de la tenue du rôle de responsable de pôle

Nous avons adopté ici un mode de codage du rôle tenu beaucoup plus souple que celui utilisé lors de notre première étude, car ne nous basant pas sur un modèle théorique. En effet, plutôt que de nous rattacher à la description fine des missions et activités attendues d'un responsable de pôle dans cette organisation (telles que nous les avons définies lors de notre première étude) afin d'évaluer la tenue favorable du rôle, nous avons choisi pour cette deuxième étude de considérer le rôle prescrit de manière plus large, en prenant en compte sa logique globale. Pour cela, nous avons retenu les deux principales dimensions mises en avant par la réforme et l'organisation, à savoir : d'une part, la nécessaire réflexion médico-économique des responsables de pôle, caractérisée par exemple par la contractualisation autour d'objectifs cliniques et financiers, ou encore les discussions en réunions autour de ces objectifs-là ; d'autre part, le besoin de transversalité entre les spécialités du pôle, caractérisé par exemple

Partie II. Une étude de la transition par l'identification au rôle de médecin-gestionnaire

par des projets interdisciplinaires, ou des actions de mutualisation des ressources entre spécialités.

Au final, nous avons considéré qu'un rôle était « tenu de manière favorable » lorsque ces logiques de réflexion médico-économique et de transversalité étaient respectées. A l'inverse, l'oubli ou le désengagement de ces logiques a été appréhendé comme une « tenue défavorable » du rôle. Par contre, lorsque des écarts ont été observés entre des activités bureaucratiques attendues et réalisées (par exemple, la suppression de certaines réunions), nous n'avons pas considéré qu'il s'agissait, en tant que tel, d'une « tenue défavorable » du rôle. Nous avons surtout voulu identifier la ligne de conduite globale du responsable de pôle, et choisi de minimiser les décalages mineurs, sans pour autant les occulter. Contrairement à notre première étude, notre travail de codage a consisté en la qualification des écarts entre la logique de rôle attendue et celle mise en œuvre. En effet, plutôt que de simplement observer les décalages, nous avons tenté de comprendre, pour chacun d'eux, les activités impactées, la logique sous-tendue par l'activité mise en œuvre, les conséquences directes, ou encore les éventuelles difficultés occasionnées.

Afin de mettre en avant la variété et la spécificité des pratiques effectives des responsables de pôle, nous avons préféré ne pas procéder à une catégorisation stricte de nos résultats. En effet, bien que des tendances apparaissent, nous avons opté pour une présentation beaucoup plus souple mettant en avant les nombreuses caractéristiques des pratiques des responsables de pôle étudiés, sans vraiment chercher à les recouper. Par exemple, nous allons voir que certaines tenues de rôle ont plutôt été caractérisées au travers des difficultés qu'elles impliquaient pour le responsable de pôle, alors que d'autres ont été davantage décryptées sous l'angle des interactions qu'elles favorisaient avec la direction. Ce choix avait également pour objectif de faire apparaître de manière plus précise l'influence de la posture d'identification sur la tenue du rôle.

Là aussi, nous avons donc opté dans le cadre de cette deuxième étude pour une méthode de codage des matériaux mixte, à la fois théorique et émergente. D'une part, concernant l'analyse des postures d'identification au rôle de responsable de pôle, nous avons à la fois utilisé une typologie proposée par la littérature nous permettant de cadrer globalement nos matériaux, et un raisonnement empirique autour de l'opérationnalisation de ces concepts nous permettant de ranger progressivement nos matériaux dans les catégories théoriques proposées.

D'autre part, concernant l'analyse de la tenue du rôle de responsable de pôle, nous avons mis en œuvre une méthode de codage beaucoup plus inductive, permettant de faire émerger les spécificités des pratiques de chacun des individus étudiés. Les prochains paragraphes vont nous permettre d'expliquer les résultats de ces deux analyses conjointes.

CHAPITRE 6. L'IDENTIFICATION A UN ROLE : UN MODERATEUR POUR LA TENUE FAVORABLE DU ROLE

Nos résultats montrent que les postures d'identification des individus à l'égard de leur rôle ne déterminent pas spontanément la tenue favorable de ce rôle pour la réussite de la transition. Les postures d'identification étudiées se rapprochent de quatre postures extrêmes – la désidentification forte, l'identification conflictuelle, l'identification neutre, et l'identification forte – auxquelles sont associées des manières diverses, voire opposées, de conduire le rôle (6.1). En discutant ces résultats, nous proposons l'argument selon lequel les individus modèlent en partie leur rôle en fonction de leur posture identitaire. Nous remarquons cependant que cette customisation identitaire du rôle est incomplète et ne permet pas de comprendre totalement la réussite de la transition de rôle étudiée. Cette dernière dépendrait de l'utilisation que l'individu fait de son identité lorsque les activités du rôle sont mises en œuvre (6.2).

6.1. Des postures d'identification variables pour des tenues de rôle variables

Nos résultats mettent en avant quatre postures d'identification différentes parmi nos quatre cas de responsables de pôle, chacune associée à une tenue de rôle très spécifique (voir la figure 10) : la désidentification forte pour le responsable du pôle Couple-Enfant, associée à une tenue de rôle détournée (6.1.1) ; l'identification conflictuelle pour la responsable du pôle Anesthésie-Réanimation, associée à une tenue de rôle fidèle aux attentes, mais difficile (6.1.2) ; l'identification neutre pour le responsable du pôle Psychiatrie-Neurologie, associée à une tenue de rôle rigoureuse (6.1.3) ; et l'identification forte pour le responsable du pôle

Partie II. Une étude de la transition par l'identification au rôle de médecin-gestionnaire

Appareil Locomoteur, associée à une tenue de rôle adaptée (6.1.4). Nous présentons nos résultats par responsable de pôle étudié, en expliquant les caractéristiques des postures repérées et des tenues de rôle associées.

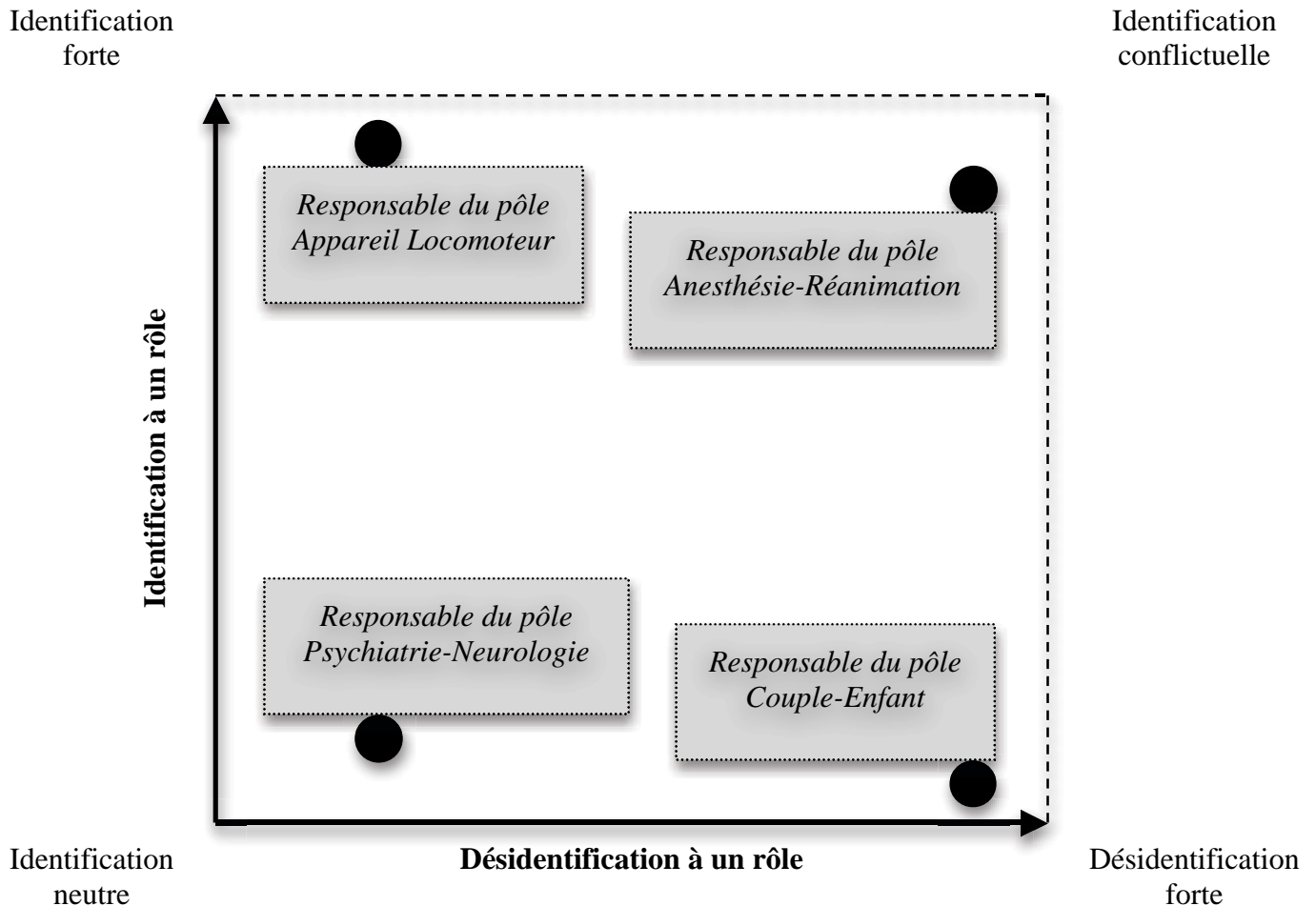


Figure 10. Les postures d'identification et de désidentification au rôle des quatre responsables de pôle du CHU étudié

6.1.1. Le responsable du pôle Couple-Enfant : une posture de désidentification forte associée à une tenue de rôle détournée

Notre premier cas, celui du responsable du pôle Couple-Enfant, est caractéristique de la posture de désidentification à l'égard d'un rôle. En effet, ce médecin ne s'identifie pas du tout à son rôle de responsable de pôle. Au contraire, il se définit en tant que responsable médical de pôle, centré sur la pratique clinique, en opposition aux objectifs et logiques médico-

Partie II. Une étude de la transition par l'identification au rôle de médecin-gestionnaire

économiques attendus. Aussi, au niveau de la tenue de son rôle, il ne met pas en œuvre les missions prescrites par l'organisation. Il préfère se focaliser sur les activités lui permettant de distinguer et faire interagir médecine et gestion, sans avoir besoin d'endosser individuellement les deux logiques. Nous allons expliquer sa posture d'identification puis sa tenue de rôle dans les prochains paragraphes.

La désidentification forte à l'égard du rôle de responsable de pôle : une signification purement médicale, en combat contre la gestion

Au niveau de sa posture d'identification à l'égard de son rôle, le responsable du pôle Couple-Enfant se définit par opposition au rôle de responsable de pôle souhaité par la réforme. Il se proclame « *responsable médical de pôle* » à la fois pour défendre la déontologie médicale et pour combattre les enjeux gestionnaires non-éthiques. Ces deux postures complémentaires de désidentification sont distinguées et expliquées dans les prochaines lignes.

Le responsable médical de pôle ou le défenseur de l'éthique professionnelle

Dans un premier temps, la désidentification forte du responsable du pôle Couple-Enfant à l'égard de son rôle prend la forme d'une défense de la dimension déontologique liée à ses missions. Dans cette optique, il perçoit son rôle comme clairement médical. Il n'y associe pas de significations de gestion, sauf dans l'idée d'une confrontation entre la direction et lui-même. Cette vision médicale du rôle se manifeste de trois manières. Premièrement, sa réflexion sur le périmètre du pôle est fortement médicale. En effet, selon lui, le pôle Couple-Enfant a été créé pour répondre à une problématique de cohérence des soins. Plus précisément, son pôle a deux ambitions : d'une part, celle de créer un processus de soin homogène ; d'autre part, celle de mener un projet de rassemblement physique des spécialités. Il n'exclut pas la dimension organisationnelle dans la conception du pôle, mais la place au second plan, comme un instrument du regroupement disciplinaire.

Deuxièmement, il refuse le titre de responsable de pôle et le vocabulaire qui lui est associé. Pour lui, cet intitulé ne prend pas suffisamment en compte la distinction entre les responsabilités médicales et les responsabilités gestionnaires. Souhaitant se situer uniquement dans les responsabilités médicales, il n'utilise quasiment pas d'expressions gestionnaires pour

Partie II. Une étude de la transition par l'identification au rôle de médecin-gestionnaire

parler de son rôle, et ajoute le terme « *médical* » à son titre pour se distinguer de la gestion. Pour lui, être « *responsable médical de pôle* » (qu'il emploie à quatre reprises pour parler de son rôle) plutôt que « *responsable de pôle* » (qu'il n'emploie qu'une seule fois) a deux significations. D'abord, une signification éthique, propre à l'ensemble du corps médical. Il considère que son rôle consiste à veiller à la mise en œuvre éthique de la pratique médicale, sous-entendu, pour faire face aux injonctions gestionnaires qui iraient à l'encontre de cette éthique.

[Répondant à notre question : c'est quoi pour vous être responsable de pôle ?] « Pour moi c'est « responsable médical ». Alors là j'insiste à dessein sur le terme responsable « médical ». Ma réflexion est scandée par une interrogation permanente : est-ce que les soins que nous dispensons auprès des couples et des enfants, sont « state of the art » ? Sont au niveau requis par l'état d'avancée des sciences, des techniques et de l'éthique. Ca, c'est ma préoccupation constante. Est-ce qu'on a le droit de continuer telle activité ? Est-ce qu'on n'a pas le droit ? Est-ce que ces conditions sont décentes ou pas décentes ? Si elles sont pas décentes, est-ce qu'il faut les arrêter parce qu'il y a une suppléance possible à l'échelon régional, ou national ; ou est-ce que, s'il y a pas de suppléance, il faut se battre parfois durement pour les mettre au niveau requis avant tout, et pas faire prendre de risques aux couples, aux enfants, en les prenant en charge. »

Ensuite, cette responsabilité médicale de pôle a également une signification juridique pour lui. Il justifie sa propre définition du rôle par sa spécialité de généticien, qui l'oblige légalement à être vigilant au niveau de la sécurité des soins. Comme pour la dimension éthique, cette vigilance juridique est envisagée dans le cadre de combats contre les gestionnaires, qui ne respectent pas systématiquement la loi.

Troisièmement, ses valeurs sont centrées sur la pratique médicale, sans lien avec la gestion. La valeur qu'il juge la plus importante dans son travail est celle du respect. Ce respect prend deux formes pour lui. D'abord, il s'agit du respect des personnes, qui concerne aussi bien les patients que le personnel hospitalier. Dans son discours, il met particulièrement l'accent sur le respect du personnel. La deuxième forme de ce respect concerne le code de déontologie. Cette valeur rejoint le qualificatif « *médical* » qu'il attribue à son rôle. Pour lui, ce qui importe en tant que responsable de pôle, c'est le respect de l'éthique médicale.

« Il y a un autre type de respect, qui ne s'adresse pas à des personnes (ou indirectement), c'est celui du code de déontologie, qui est la version moderne du serment d'Hippocrate. Tout

Partie II. Une étude de la transition par l'identification au rôle de médecin-gestionnaire

le monde fait référence au serment d'Hippocrate, ça me semble un petit peu passéiste ou, en tout cas, une image d'Epinal. Non ! Il y a un code de déontologie, dont on peut regretter qu'il soit pas suffisamment mis en œuvre au sein de notre Conseil de l'Ordre. Mais, c'est un très beau texte. C'est un texte magnifique. »

Le responsable du pôle Couple-Enfant perçoit donc d'abord son rôle comme celui d'un défenseur de la déontologie médicale, détaché des aspects gestionnaires. Pour lui, l'important est de sécuriser la qualité de l'accès aux soins. Il ne s'identifie donc pas à la logique d'intégration d'une réflexion médico-économique.

Le responsable médical de pôle ou le combattant de la gestion non-éthique

Dans un second temps, la désidentification forte du responsable du pôle Couple-Enfant à l'égard de son rôle prend également la forme d'un combat idéologique contre la gestion. La distinction des objectifs médicaux et gestionnaires est donc à la base de sa conception du rôle de responsable de pôle. Selon lui, l'assimilation des deux peut conduire à des dérives. Il prend l'exemple du directeur des soins de l'établissement qu'il considère comme étant dans une « *position impossible* » car devant défendre à la fois les intérêts soignants et ceux de la direction.

« J'ai rien contre [le directeur des soins] à l'heure actuelle, mais il est dans une position impossible ! Puisqu'il est dans une équipe dirigeante, avec des responsabilités infirmières. Je trouve que, de temps en temps, ses conditions d'exercice sont inacceptables. Qui l'amènent à prendre des décisions inacceptables. Et, en particulier, dans le conflit qui nous a opposés vis-à-vis de la pédiatrie, il ne nous a pas aidé à la hauteur de ce qui aurait dû être la responsabilité déontologique d'un directeur des soins infirmiers, parce qu'il était pieds et mains liés par la direction générale. »

Pour lui, il y a même incompatibilité entre les logiques médicales et gestionnaires. Cette incompatibilité proviendrait d'une incompréhension de la part de la direction des contraintes inhérentes à l'activité clinique. Il prend l'exemple des difficultés de remplacement du personnel soignant en fonction des spécialités, difficultés qui ne sont pas prises en compte par la direction. Pour lui, l'incompréhension de la direction se traduit jusque dans sa communication vis-à-vis du public lorsqu'elle promeut les activités du pôle, et notamment celle de néonatalité sur son site internet ou dans des brochures. Le responsable de pôle ne

Partie II. Une étude de la transition par l'identification au rôle de médecin-gestionnaire

comprend pas ce décalage entre la vision des dirigeants – mettant fortement en avant les « *belles réalisations* » du pôle – et celle des acteurs de terrain – mettant davantage l'accent sur les difficultés et souffrances rencontrées. Selon lui, cette incompréhension traduit une incompatibilité entre médecine et gestion.

« Le CHU fait pas mal de communication autour de ses belles réalisations, et on y voit toujours des magnifiques bébés joufflus, magnifiques... L'hospitalisation pédiatrique, c'est des maladies chroniques graves, des handicaps épouvantablement sévères ! [...] Ce sont des enfants qui meurent en médecine néonatale, en réanimation infantile, en soins palliatifs de cancérologie pédiatrique ! C'est des drames qui se passent ! C'est vécu comme une hospitalisation facile. Je suis complètement sidéré par ça ! »

Refusant de devenir hybride, il préfère donc envisager son rôle de responsable comme celui d'un guerrier, qui lutte pour défendre les intérêts médicaux face aux objectifs gestionnaires. Il utilise à de nombreuses reprises le vocabulaire du combat et de la guerre pour qualifier son rôle : il se « *bat* » contre la direction (15 fois dans les trois entretiens), il est en « *conflit* » avec elle (21 fois dans les trois entretiens), le pôle constituant une « *armée* » pour se défendre. Son rôle est de maintenir une distance entre l'éthique médicale et la non-éthique gestionnaire. Aussi, de manière cohérente avec sa posture de combattant de la logique gestionnaire, les activités qu'il juge les plus importantes dans son rôle de « *responsable médical de pôle* », sont les réunions favorisant les échanges et les débats entre personnel du pôle et la direction. Les réunions de bilan d'activité, moins interactives, lui sont moins utiles dans sa posture, voire même difficiles à animer. C'est le cas notamment des réunions de conseil de pôle, dont il ne retire aucun bénéfice.

Le responsable du pôle Couple-Enfant se définit donc aussi comme un combattant dans son rôle, en vue de différencier nettement les objectifs médicaux des objectifs gestionnaires. Il considère l'animation des batailles entre le personnel de pôle et la direction comme sa principale mission. Cette logique de combat renforce sa posture de désidentification à l'égard de son rôle. Il ne représente pas seulement un défenseur et un représentant médical, mais également un adversaire de la direction, veillant à ce que les responsabilités médicales et gestionnaires ne soient pas assimilées.

La tenue détournée du rôle de responsable de pôle : un affrontement entre médecins et gestionnaires

Au niveau de la tenue du rôle, le responsable du pôle Couple-Enfant ne respecte pas la logique attendue de la réforme. En effet, plutôt que de mettre en œuvre les missions prescrites, il les oriente de manière à respecter son rejet identitaire du rôle. Cette réorientation du rôle prend trois principales formes. Premièrement, il maintient à tout prix son activité clinique. Il refuse de la diminuer en faveur de ses missions de responsable de pôle. Elle est prioritaire et constitue « *une nécessité absolue* ». Il préfère adapter ses activités d'enseignement et de recherche. Il précise par exemple que le temps qu'il consacre à son activité de recherche a été plus que divisé pour en faire une activité accessoire, et que celui dédié à son activité d'enseignement a également été réduit aux strictes obligations légales.

Deuxièmement, en termes de gestion d'équipe, il refuse d'intervenir trop fréquemment dans le travail des responsables de clinique universitaire du pôle. Il cherche à ne pas consacrer trop de temps de travail à la gestion de son pôle. Comme le suggère sa posture de désidentification à l'égard du rôle, il s'engage dans un « *combat* » pour que ceux-ci respectent le contrat tacite de délimitation des responsabilités qu'ils avaient passé. En effet, ayant demandé initialement à ses confrères de conserver une autonomie de gestion de leurs structures médicales, il veille à ce que cette autonomie soit sauvegardée pour qu'il n'ait besoin d'intervenir que lorsque toutes les possibilités d'action ont été envisagées en interne.

« J'ai beaucoup bataillé, et je bataille encore pour dire « non, l'élaboration se fait au niveau des cliniques universitaires, et je ne souhaite voir arriver à moi que des projets pour lesquels vous avez déjà élaboré, déjà débattu ». Donc on s'améliore. Et c'est vrai que depuis quelques mois, n'arrivent plus à moi que les dossiers qui n'ont pas pu être réglés au sein de cliniques universitaires individuellement, ou qui nécessitent un travail entre différentes cliniques. »

Troisièmement, il concentre son travail sur les batailles vis-à-vis de la direction. Celles-ci sont très fréquentes dans la tenue de son rôle. La négociation des contrats de pôle en est un exemple typique. A deux reprises, ce processus a été l'occasion de combats entre les exigences de la pratique clinique et les contraintes gestionnaires. Il évoque par exemple les conflits ayant eu lieu autour de la signature de son deuxième contrat, concernant l'allocation de ressources humaines au pôle. Il juge compréhensible cependant que la direction attende ce « *bras de fer* » pour évaluer la détermination des responsables de pôle. Au delà de ces contrats de pôle, les fluctuations d'activité sont également sources de nombreux conflits. Concernant

Partie II. Une étude de la transition par l'identification au rôle de médecin-gestionnaire

par exemple les hausses de consultations pédiatriques en fin d'année, et face au refus de la direction de recruter de nouveaux personnels pour assurer l'activité, le responsable du pôle entre en combat contre la direction.

« On a eu un conflit grave avec la direction des ressources humaines et la directrice générale adjointe, qui nous a refusé des recrutements en avril. Ce qui nous a mis dans une situation inextricable. [...]. Il y a eu un refus des recrutements de personnels, dont on savait pertinemment avoir besoin, pour permettre la poursuite du fonctionnement des unités médicales [...]. D'ailleurs, actuellement, on est en train de préparer un communiqué de presse parce qu'on a dû fermer 20% des lits de pédiatrie, suite à ce manque de personnel, et au refus de recrutement en temps utile. »

Ce type de combat peut éventuellement l'amener à rechercher des alliés extérieurs au conflit. Il reprend l'exemple de son combat pour le recrutement de soignants lors du dernier pic d'activité. Dans des circonstances où il ne parvenait pas, en tant que « responsable médical de pôle » à défendre les intérêts médicaux, il a décidé de faire appel au président de la communauté d'agglomération afin de lui communiquer les risques encourus au niveau des soins. Gardant cette possibilité d'action comme « *ultime* », il a choisi d'y recourir car la direction refusait d'engager la discussion directement avec lui. Cette solution constituait donc un moyen de relancer le « *combat* » avec la direction.

La manière dont le responsable du pôle Couple-Enfant tient son rôle est donc décalée vis-à-vis de la logique souhaitée par l'organisation. D'une part, il met tout en œuvre pour ne pas diminuer son activité médicale, quitte à ce que d'autres de ses missions soient réduites, y compris la responsabilité de pôle. D'autre part, bien que respectant la dimension transversale exigée par son rôle, il n'intègre pas la réflexion médico-économique attendue. Il travaille dans une dynamique de discussion et de débat entre les problèmes cliniques et gestionnaires. En ce sens, il ne déroge pas totalement aux logiques du rôle prescrit (il ne rejette pas la discussion médico-économique), mais il les détourne fortement.

Le responsable du pôle Couple-Enfant se trouve donc dans une posture de désidentification forte à l'égard de son rôle, rejetant les significations médico-économiques portées par son rôle. Il se perçoit comme un « responsable médical de pôle » à la fois défenseur des intérêts médicaux et combattant de la logique gestionnaire. Aussi, en cohérence avec sa posture de

Partie II. Une étude de la transition par l'identification au rôle de médecin-gestionnaire

désidentification vis-à-vis du rôle, il met en œuvre les missions de son rôle de manière détournée. Il s'assure du maintien de son activité médicale, limite ses activités de responsable de pôle, et refuse d'endosser à lui seul le raisonnement médico-économique. Pour cela, il favorise les interactions avec la direction (via les réunions de pôle et d'autres débats) afin de partager cette responsabilité et faire se combattre logiques médicale et gestionnaire. Que se passerait-il toutefois si, parallèlement à une posture de désidentification, un responsable de pôle s'identifiait fortement à son rôle ?

6.1.2. La responsable du pôle Anesthésie-Réanimation : une posture d'identification conflictuelle associée à une tenue de rôle rigoureuse mais difficile

Notre deuxième cas, celui de la responsable du pôle Anesthésie-Réanimation, bien que révélant aussi une forme de désidentification, est surtout caractéristique de la posture d'identification conflictuelle à l'égard du rôle. En effet, celle-ci s'identifie de manière duale vis-à-vis de son rôle, puisqu'à la fois se définissant fortement au travers des significations gestionnaires et transversales associée à son rôle, et s'opposant radicalement à la logique d'intermédiaire entre la direction et le personnel du pôle portée par ce même rôle. Aussi, au niveau de la tenue de son rôle, la responsable de pôle reste toutefois très respectueuse des missions attendues, quitte à rencontrer des difficultés personnelles à assumer ses décisions auprès du personnel de pôle. Nous expliquons sa posture d'identification puis sa tenue de rôle dans les prochains paragraphes.

L'identification conflictuelle à l'égard du rôle de responsable de pôle : une signification médico-économique en conflit avec l'appartenance médicale

Au niveau de sa posture d'identification, la responsable du pôle Anesthésie-Réanimation se définit de manière conflictuelle vis-à-vis de son rôle. Elle éprouve des difficultés à se situer dans ce rôle. Elle se proclame tantôt « *chef de pôle* », en accord avec les significations médico-économiques liées au rôle prescrit, tantôt « *responsable médicale de pôle* », en opposition au rattachement hiérarchique souhaité par l'établissement. La responsable du pôle Anesthésie-Réanimation se considère d'une part comme un acteur médico-économique, éloigné de la pratique médicale, comme le suggèrent les significations véhiculées par les

Partie II. Une étude de la transition par l'identification au rôle de médecin-gestionnaire

textes. Cette identification forte se retrouve dans le vocabulaire qu'elle emploie pour parler de ses activités, vocabulaire qui est à la fois médical et gestionnaire. Envisageant la question du système de financement de son pôle, elle insiste sur l'importance de prendre en compte la notion d'activité, mais de manière réfléchie, en la pondérant avec les problématiques de tarification des soins.

Toutefois, parallèlement, elle s'envisage aussi comme un acteur purement médical, dont la mission est de défendre les intérêts du pôle auprès de la direction. A l'instar du responsable du pôle Couple-Enfant, elle se revendique alors « *responsable médical* » pour afficher cette posture. Aussi, de manière symptomatique, elle utilise très souvent le pronom « *nous* » pour parler de son rôle – « *nous* » affichant son appartenance au personnel du pôle plutôt qu'à la direction. Cette définition s'éloigne fortement des significations portées par le rôle prescrit, mais la rapproche d'une posture de défenseur médical, se désidentifiant fortement à l'égard du rôle. Aussi, elle envisage cette double définition – responsable ou chef de pôle et responsable médical de pôle – comme contradictoire, et parle de responsable de pôle schizophrène. Il existe pour elle deux personnages à incarner, parfois simultanément, et portant des significations conflictuelles : le responsable médical de pôle, qui défend les intérêts du personnel médical et soignant ; et le chef de pôle, qui protège et favorise la logique médico-économique dans le cadre de la stratégie de l'établissement.

« La difficulté, si vous voulez, le médecin responsable de pôle, on est encore médecin, alors qu'on voudrait bien nous voire complètement administrative, avoir une ligne pure et dure. Donc moi j'essaie de l'avoir en disant « attention il faut faire des économies... ». N'empêche que, si vous voulez, on est quand même en lien avec la base, avec les médecins en dessous. Or, les médecins, les soignants, ils comprennent pas cette économie à coûts forcés, ce retour à l'équilibre... Donc c'est un peu schizophrénique le responsable de pôle. Il faut à la fois qu'on rende des comptes à l'administration et à la fois qu'on tienne compte des difficultés sur le terrain, des difficultés qu'ont les équipes... et Dieu sait s'il y en a ! »

Cette double définition l'amène à se contredire dans ses propos. Pour simplifier son positionnement, à la fois elle rejette les titres de responsable de pôle et de chef de pôle, qu'elle considère comme des personnages trop éloignés du terrain, et se les réapproprie aussitôt pour se définir. Elle emploie ces deux titres respectivement 39 fois. De la même manière, pour simplifier son positionnement, elle se revendique parfois comme « *responsable médical de pôle* », afin de souligner l'importance qu'elle accorde à la pratique médicale, mais

Partie II. Une étude de la transition par l'identification au rôle de médecin-gestionnaire

en fait abstraction la plupart du temps pour se définir finalement comme responsable ou chef de pôle – elle utilise l'appellation « *responsable médical de pôle* » seulement 10 fois. Par exemple, en évoquant une réforme en cours et l'évolution du responsable de pôle, elle critique fortement le nouveau titre de chef de pôle qu'elle assimile à un acteur militaire, et dont elle souhaite s'éloigner, mais le réutilise pourtant de manière spontanée pour parler d'elle.

« Alors, avec la nouvelle réforme là, ils prévoient que le responsable médical de pôle – moi je tiens absolument au terme de « médical » – il devient un chef de pôle. C'est un terme horrible ! [...] Je trouve que ce terme est très mauvais [...], ça fait chef militaire [...]. »

[Plus loin dans l'entretien]

« Moi, dans mon pôle, tout ce qui va pas, ça tombe sur le chef de pôle. On essuie quand même beaucoup de critiques... »

Par ailleurs, concernant l'évaluation de ses activités, elle ne se montre pas particulièrement intéressée par son travail de responsable de pôle. Au contraire, elle affiche une grande déception relative à sa marge de manœuvre, et juge son rôle particulièrement difficile. Pour en parler, elle emploie sans cesse le vocabulaire des « *difficultés* » (49 occurrences) et des « *problèmes* » (43 occurrences). Aussi, pour définir son rôle, elle utilise spontanément l'adjectif « *lourd* », qu'elle illustre à la fois par la taille du pôle qu'elle gère, et par le nombre d'activités administratives qu'elle doit réaliser. Elle perçoit donc majoritairement son rôle sous l'angle des difficultés.

Cette conflictualité se retrouve aussi dans les valeurs qu'elle rattache à son rôle. En effet, à la question des valeurs qu'elle juge importantes dans son travail, elle évoque immédiatement le management. Cependant, sa position quant à ce terme est mitigée et variable. Elle distingue deux facettes opposées dans ce terme : la première, qu'elle rejette et critique fortement, concerne le terme management tel qu'il est utilisé par la direction, de manière plutôt large, et qu'elle associe aux reproches qui lui sont faits ; la seconde, par laquelle elle se définit, se réfère davantage au management tel qu'elle le réalise auprès de son personnel, avec le sens d'encadrement, et qui lui permet d'être en empathie avec ses équipes.

Cette double signification est source de conflits identitaires pour elle. Cette conflictualité se traduit, par exemple, par des changements subits de discours, pour à la fois adhérer et se distinguer des logiques de management évoquées. Elle en profite alors pour se rattacher à des « *valeurs humaines* » qu'elle juge comme les plus importantes dans son travail. Elle justifie

Partie II. Une étude de la transition par l'identification au rôle de médecin-gestionnaire

ces valeurs en se référant à sa formation de médecin, à sa communauté professionnelle. Ces valeurs comprennent le patient, qu'elle dit peu mentionner car elle le considère comme une évidence, donc implicite. Là aussi, elle se positionne en opposition par rapport à la direction, qu'elle critique pour évoquer souvent le patient, mais ne pas le prendre en compte dans les faits.

« Mais moi, si vous voulez – je vous ai pas dit encore ce mot-là – pour moi, c'est quand même le patient qui est important. Alors, je vous l'ai pas dit, parce que, quand la direction me dit « le patient est au centre de tous les dispositifs, c'est normal », alors c'est vite oublié, le patient... C'est vite oublié. Tandis que, nous, médecins, on sait – les contacts avec le patient, avec la famille – on sait que c'est vraiment important. »

En creusant cette question, elle précise que ses valeurs recouvrent aussi les relations humaines qu'elle développe avec les équipes et les patients. Pour elle, ces relations justifient de fait le besoin pour la direction d'impliquer les médecins dans la gestion de l'établissement. Dans sa conception, le médecin doit donc idéalement demeurer un acteur médico-économique, malgré la conflictualité.

La responsable du pôle Anesthésie-Réanimation se définit donc de deux manières, simultanées mais adverses, à l'égard de son rôle prescrit : d'une part, en accord total, comme un chef de pôle, décisionnaire médico-économique ; d'autre part, en opposition forte, en tant que représentant médical de son personnel. Ces deux définitions l'entraînent dans une posture d'identification conflictuelle, où ses repères identitaires sont constamment en tension. Comme le montrent nos exemples, elle ne sait finalement plus comment se définir dans son rôle, rendant son discours confus.

La tenue difficile du rôle de responsable de pôle : une réflexion médico-économique schizophrénique

Au niveau de la tenue de son rôle, la responsable du pôle Anesthésie-Réanimation respecte les différentes logiques de son rôle, avec une focalisation importante sur les problématiques médico-économiques. Il s'agit d'ailleurs d'un des responsables de pôle les plus sensibilisés à ce niveau. Ce respect du rôle prescrit se retrouve dans son raisonnement lorsqu'elle évoque les projets de son pôle, raisonnement qui associe des arguments gestionnaires à des arguments médicaux. C'est par exemple le cas du projet de consultation centralisée d'anesthésie, qui vise

Partie II. Une étude de la transition par l'identification au rôle de médecin-gestionnaire

à réorganiser les consultations d'anesthésie pour les actes chirurgicaux en un seul et même lieu afin de mutualiser les ressources du pôle. Pour elle, ce projet permettrait d'accroître l'efficacité de l'organisation en diminuant le temps médical dédié aux consultations.

De même, concernant la mise en place d'unités de surveillance continue, qui imposent la présence d'un plus grand nombre d'infirmiers pour les malades lourds, la responsable du pôle invoque à la fois des raisons médico-juridiques et économiques. Pour elle, il n'existe pas de contradiction inhérente entre les deux justifications : l'ouverture de ces unités permet à la fois de garantir la sécurité des soins pour le patient et d'augmenter l'activité du pôle. Aussi, évoquant le projet transversal de nouveau plateau technique visant à regrouper sur un même site des ressources médico-techniques et des activités chirurgicales, elle évoque spontanément les problèmes d'efficacité actuels : dispersés au sein de l'établissement, ce projet constitue pour elle une manière de regrouper et d'améliorer l'organisation des trois secteurs de réanimation.

Au-delà de ces projets internes en collaboration avec d'autres disciplines médicales, la responsable de pôle prend également des initiatives concernant les problématiques d'organisation de son pôle. Elle a par exemple demandé à un organisme public d'aide à la réflexion médico-économique de réaliser un diagnostic de l'organisation du temps médical de ses activités. Il s'agit d'une action qu'aucun autre responsable de pôle n'a évoquée avec nous. Elle démontre bien l'investissement personnel de la responsable de pôle dans les missions qui lui sont attribuées.

« Là, on va commencer une enquête, une étude avec la MEAH, sur le temps médical. Il y a des interviews qui commencent là, cette semaine. Et puis elle fera un diagnostic court, elle va essayer de voir comment faire, qu'est-ce qu'on peut apporter, quelles sont les pistes éventuellement d'amélioration de nos organisations, parce que c'est une organisation assez complexe. Donc on essaye de trouver des pistes avec des extérieurs pour essayer de voir qu'est-ce qu'on peut faire comme amélioration dans nos organisations. »

Ces activités de réflexion médico-économiques sont cependant habituelles pour cette responsable de pôle, qui les mettait déjà en œuvre en tant que chef de service. Ses nouvelles activités concernent davantage l'animation de réunions et les actions de pédagogie à l'égard des personnels du pôle. Par exemple, elle est l'un des seuls responsables de pôle à faire intervenir des membres du contrôle de gestion et de la direction médico-économique de

Partie II. Une étude de la transition par l'identification au rôle de médecin-gestionnaire

l'établissement afin de sensibiliser le personnel. Elle adopte donc la mission d'intermédiaire entre la direction et les équipes opérationnelles.

En revanche, la mise en œuvre de cette logique est vécue de manière difficile par la responsable de pôle. Cette difficulté se traduit dans l'ensemble de ses activités, mais est amplifiée lorsque des groupes d'individus aux intérêts divergents se mélangent. L'animation des réunions du pôle en est un exemple typique, puisque celles-ci réunissent à la fois le directeur référent et ses équipes médicales et soignantes. Dans ces circonstances, la prise de décisions médico-économiques l'assimile à un membre de la direction aux yeux du personnel de pôle. Elle évoque les critiques étant formulées par le personnel, qui l'identifie alors comme un « *messenger* » de la direction.

« Le bureau de pôle élargi, ça tourne souvent à des discussions un peu stériles parce que les gens voudraient qu'on aille plus loin et qu'on avance pas... Donc c'est beaucoup des reproches, il faut dire ce que c'est. C'est énormément de reproches. De la part des médecins, des équipes. C'est surtout ça. On fait le tampon entre l'administration et les équipes [...]. Donc moi je pense que je joue le jeu. Mais je trouve que c'est cher payé. »

De manière plus générale, elle évoque également ses interactions avec les deux responsables de clinique universitaire, qui remettent souvent en question son rôle à l'égard du personnel de pôle. Pour eux, elle ne défend pas suffisamment les enjeux médicaux devant la direction. Tous ces reproches de la part du personnel l'amènent à être méfiante à l'égard de la direction et des individus qu'elle considère comme en faisant partie. Elle perçoit notamment le rôle de directeur référent comme une contrainte dans la tenue de son rôle. Elle le définit comme un intermédiaire entre elle et la direction, qui a pour objectif de stopper les projets du pôle, et de l'empêcher de négocier directement avec le directeur général. Aussi, la responsable du pôle perçoit le cadre coordonnateur et le cadre administratif comme peu dignes de confiance. Elle leur reproche d'être trop souvent en interaction avec la direction générale, plutôt qu'avec elle. Elle adopte donc une posture méfiante à leur égard, source d'une certaine paranoïa. Pour elle, ses cadres sont « briefés » par la direction.

« Et on nous a mis un cadre coordonnateur qui a travaillé peut-être plus avec le cadre administratif. Et puis surtout, ces cadres coordonnateurs, ils sont complètement briefés par la direction. Ils ont des réunions tous les mois, avec le cadre administratif, mais sans le responsable de pôle. »

Partie II. Une étude de la transition par l'identification au rôle de médecin-gestionnaire

La responsable du pôle Anesthésie-Réanimation tient donc son rôle de manière rigoureuse, dans le respect des objectifs de la réforme, en portant son attention sur la réflexion médico-économique transversale, et en coordonnant les attentes de la direction et du personnel. Toutefois, cette tenue de rôle n'est pas aisée pour elle. En effet, confrontée à des groupes d'individus aux intérêts divergents, elle rencontre des difficultés à mettre en œuvre son rôle sans être critiquée ou poussée à changer ses positionnements vis-à-vis de la direction et du personnel. Le rôle est donc finalement bien respecté mais source de souffrances pour la responsable de pôle.

La responsable du pôle Anesthésie-Réanimation se trouve donc dans une posture délicate d'identification conflictuelle à l'égard de son rôle. Cette posture se caractérise ici par deux dimensions : d'une part, une forte identification aux significations médico-économiques et transversales portées par son rôle ; d'autre part, une forte désidentification vis-à-vis du positionnement d'intermédiaire entre la direction et le personnel de pôle. Cette dualité face aux significations du rôle se révèle dans la confusion entre les personnages incarnés : tantôt responsable, voire chef de pôle, en accord avec le rôle, tantôt responsable médical de pôle, en opposition au rôle. Aussi, à partir de cette posture d'identification conflictuelle, elle tient son rôle de manière très rigoureuse, adoptant totalement les logiques attendues. Elle met alors en œuvre des projets médico-économiques transversaux et initie même des réflexions organisationnelles. En revanche, confrontée à des individus aux intérêts divergents, elle rencontre de grandes difficultés à maintenir cette tenue favorable du rôle. Aussi, que se passerait-il, à l'inverse, si un responsable de pôle se montrait totalement indifférent à l'égard des significations portées par son rôle ?

6.1.3. Le responsable du pôle Psychiatrie-Neurologie : une posture d'identification neutre associée à une tenue de rôle respectée

Notre troisième cas, celui du responsable du pôle Psychiatrie-Neurologie, à l'inverse de la responsable du pôle Anesthésie-Réanimation, se situe dans une posture d'indifférence à l'égard de son rôle, également appelée identification neutre. En effet, celui-ci ne s'identifie tout simplement pas à son rôle. Il ne se définit pas en tant responsable de pôle, mais ne s'y désidentifie pas non plus. Il s'en distancie, et n'y fait pas référence pour se décrire. Cette

Partie II. Une étude de la transition par l'identification au rôle de médecin-gestionnaire

posture identitaire ne l'amène pourtant pas à se désinvestir de son rôle. En effet, il respecte les prescriptions de la réforme à la lettre, et ne tente pas de s'y soustraire. Il ne rencontre aucune difficulté apparente. Nous expliquons sa posture d'identification puis sa tenue de rôle dans les prochains paragraphes.

L'identification neutre au rôle de responsable de pôle : une faible signification de la gestion médicale

Au niveau de sa posture d'identification, le responsable du pôle Psychiatrie-Neurologie se définit sans lien fort avec le rôle prescrit par la réforme. Il ne se reconnaît pas particulièrement dans les significations portées par ce rôle, mais ne le juge pas opposées à son identité personnelle non plus. Il est neutre vis-à-vis de son rôle. Cette neutralité se manifeste de plusieurs manières dans son discours. Premièrement, contrairement aux trois précédents cas, il montre un certain désintérêt sur la manière d'utiliser le titre de responsable de pôle. Il emploie différents intitulés sans mettre en question leur signification : « *responsable de pôle* » (17 occurrences), « *responsable médical de pôle* » (14 occurrences), et « *chef de pôle* » (8 occurrences). Il ne les distingue les uns des autres que pour préciser qu'un « *chef* » doit avoir une plus grande légitimité ; or ce titre est trop récent pour permettre cette légitimité. Pour lui, être responsable de rôle n'est qu'un titre. Ce qui compte, c'est le travail qui est attendu.

[A la question : « c'est quoi pour vous être chef de pôle ? »] « Oui, ben responsable médical, parce que chef effectivement... Mais bon... chef de service, chef de département, on pourrait dire chef de pôle [...]. Il faut trouver des nouvelles façons de travailler, c'est pas le même travail. C'est pour ça que je pense pas qu'on puisse dire « chef de pôle ». On peut dire « chef de département » parce qu'il y avait une fonction qui était assez claire, on le connaissait, le fonctionnement était naturel... Là, c'est pas pareil. Là, on est pas chefs de pôle. On n'a pas la même place. »

Deuxièmement, il ne s'approprie pas ce titre. Il l'utilise pour parler de ses activités, mais pas de lui. Il emploie pour cela la troisième personne : « *le responsable de pôle* » ; « *le rôle du responsable médical de pôle* » ; « *le rôle du chef de pôle* ». Il n'est pas responsable de pôle, mais il fait de la « *responsabilité de pôle* » (15 occurrences) : « *en position de responsabilité au niveau du pôle* » ; « *premier mandat de responsabilité de pôle* » ; « *la responsabilité du*

Partie II. Une étude de la transition par l'identification au rôle de médecin-gestionnaire

responsable médical ». Par exemple, lorsqu'il envisage ses conseils à un candidat au rôle de responsable de pôle, il met en avant les activités et objectifs attendus, plutôt que le profil du candidat. Pour lui, ce qui est important, c'est de réfléchir aux projets et objectifs qui permettront de respecter les prérogatives du rôle.

Aussi, sans s'y opposer, il marque une certaine distance vis-à-vis du qualificatif de « *gestionnaire* » concernant le rôle de responsable de pôle. Pour lui, seule la personnalité permet de devenir gestionnaire. Or, sa personnalité n'étant pas proche de cette logique, il ne s'y identifie pas. Cette distance entre sa personnalité et le rôle qu'il occupe se retrouve dans les valeurs qu'il exprime. Ses valeurs en tant que responsable de pôle concernent principalement les relations sociales dans le travail : le respect et l'équité. Il les distingue de celle qu'il considère comme requise pour s'approprier le rôle de responsable de pôle : l'organisation. Il y a donc un écart entre l'identité de ce médecin et son rôle, mais pas opposition. Sa valeur de respect lui permet de rester neutre à l'égard des significations portées par le rôle.

« C'est difficile à dire, mais je pense que ma valeur principale c'est de respecter, d'être garant de l'équité, dans la gestion de cet ensemble. C'est-à-dire de faire le lien, de garantir la transparence du lien entre chacun. Mais bon, je sais pas si c'est vraiment propre au pôle, parce qu'en plus c'est la qualité d'un responsable de service. De ce côté-là c'est pas trop différent. Après, dans l'idéal des qualités que j'ai peut-être pas, c'est les qualités d'organisateur, de gestionnaire. En théorie, c'est ce qu'il faudrait avoir. »

Troisièmement, ce médecin ne montre pas d'intérêt fort pour le rôle de responsable de pôle, notamment pour l'aspect médico-économique. Malgré un intérêt certain pour le fonctionnement de l'établissement, l'important pour lui est surtout de mener à bien son rôle. Cet intérêt mitigé se retrouve dans l'évaluation qu'il effectue de ses missions. Tout d'abord, les activités qu'il juge les plus intéressantes sont des activités qu'il ne lie pas directement à la responsabilité de pôle et à la gestion médicale. Il dit notamment trouver stimulant l'apprentissage d'une nouvelle discipline, la neurologie. Aussi, l'animation de réunions de pôle, parce qu'elle permet de regrouper les représentants du pôle, d'instaurer une certaine cohésion, et de faire circuler l'information, dans le respect du rôle, constitue une activité importante pour lui. Par ailleurs, n'ayant pas initialement souhaité prendre la responsabilité du pôle, il se montre peu déçu par son rôle. Il émet cependant quelques regrets concernant la faible autonomie dont il dispose, autonomie qu'il envisageait plus importante au regard des

Partie II. Une étude de la transition par l'identification au rôle de médecin-gestionnaire

textes de la réforme. Il parle notamment de sa marge de manœuvre quant à la négociation du contrat de pôle et de ses possibilités dans la comptabilité analytique du pôle. Ses satisfactions et déceptions relatives sont toutefois mineures dans son discours.

Le responsable du pôle Psychiatrie-Neurologie se trouve donc bien dans une situation d'identification neutre à l'égard de son rôle. Bien que ne s'opposant aux objectifs prescrits par son rôle, il n'y montre pas d'attachement particulier et ne donne pas de signification précise à son rôle. Il s'en distancie, et l'envisage avant tout comme un devoir pour l'établissement plutôt que comme une mission personnelle. Il se positionne de manière neutre.

La tenue stricte du rôle de responsable de pôle : une mise en application du rôle prescrit

Au niveau de la tenue de son rôle, le responsable du pôle Psychiatrie-Neurologie est dans le respect strict de la logique attendue par la réforme et l'établissement. Il ne prend pas d'initiatives particulières, et ne s'affranchit pas des responsabilités prescrites. Il tient son rôle tel que l'organisation le souhaite. Cette conformité au rôle prescrit est mentionnée à plusieurs reprises par ce responsable de pôle, qui invoque notamment « *les textes* » de loi pour justifier ses actions ou pour prouver un décalage entre la pratique effective et la réforme : « *dans les textes* », « *telles qu'elles sont prévues par les textes* », « *comme les textes le prévoient* ». Par exemple, constatant que le rôle de cadre administratif ne correspond pas dans la pratique à ce que la loi prévoyait, il fait référence à la réforme pour le justifier.

« Il y a deux lignes hiérarchiques : une ligne hiérarchique de métier, dans les filières de métier, où, effectivement, son supérieur hiérarchique c'est le directeur, puisque c'est la filière administrative. Mais il y a la hiérarchie fonctionnelle. Et dans les textes, il est bien dit que le cadre administratif est sous la responsabilité fonctionnelle du responsable médical de pôle. Mais, spontanément, elle ne le voit pas du tout. »

Son travail de responsable de pôle correspond donc bien aux attentes de la réforme, autant en ce qui concerne la gestion interdisciplinaire, que pour la réflexion médico-économique. D'abord, il mène des actions transversales afin d'harmoniser le fonctionnement du pôle. Notamment, sa première action fut d'organiser une clinique universitaire de neurologie, qui n'existait jusqu'alors pas, en raisons de conflits entre les médecins de la discipline. Cette intervention dans le fonctionnement interdisciplinaire est typique du travail de responsable de

Partie II. Une étude de la transition par l'identification au rôle de médecin-gestionnaire

pôle. Par ailleurs, dans cette mission d'organisation transversale, ce médecin est directement confronté à des activités managériales, telles que la gestion de conflits au sein de la neurologie. Or, pour lui, ces activités ne sont pas prévues par la réforme, dont il perçoit avant tout les missions stratégiques.

« Donc, si vous voulez, dans notre boulot de responsable de pôle, il y a parfois de l'inattendu, qui est pas uniquement de la mise en place de gestion ou de gouvernance, comme les textes le prévoit. Il faut aller au charbon, faire de la gestion de ressources humaines, de la résolution de conflits... »

En revanche, malgré sa volonté, ce responsable de pôle rencontre des difficultés à construire des projets communs entre la psychiatrie et la neurologie. Ces difficultés proviennent des différents modes de financement de ces deux disciplines, qui rendent difficile la réflexion et l'argumentation médico-économiques. Au-delà de ce problème, la collaboration entre les spécialités ne semble pas un problème pour lui.

Ensuite, toujours dans le respect de la réforme, ce responsable de pôle conduit une réflexion médico-économique concernant le fonctionnement et les projets de son pôle. L'association des logiques médicale et gestionnaire se note dans son raisonnement relatif à la mutualisation des ressources humaines du pôle. Pour lui, il est important de ne pas prendre en compte uniquement l'aspect comptable dans la gestion des effectifs soignants ; il faut l'associer à la dimension disciplinaire, puisque tout remplacement n'est envisageable qu'à partir de la connaissance de la spécialité clinique des personnels. Il adopte également ce raisonnement médico-économique concernant la gestion et la comptabilisation des consommables informatiques ou encore la répartition entre activité programmée et activité d'urgence.

Le responsable du pôle Psychiatrie-Neurologie tient donc son rôle en conformité avec les exigences de la réforme, sans modifier ces dernières. Son travail de responsable de pôle correspond à la mise en application stricte des textes de loi. Il endosse la réflexion médico-économique et transversale attendue, sans rencontrer une quelconque difficulté dans la mise en œuvre de son rôle.

Le responsable du pôle Psychiatrie-Neurologie se situe donc dans une posture d'identification neutre vis-à-vis de son rôle, où il ne se reconnaît pas particulièrement dans le personnage à incarner. Il ne s'identifie pas particulièrement aux significations portées par le rôle, mais ne

s'y oppose pas non plus. Malgré quelques intérêts personnels et déceptions à l'égard de son rôle, il reste fortement neutre. Aussi, dans le cadre de cette posture d'identification neutre, il respecte strictement les exigences de son rôle. Il ne s'investit pas démesurément dans son rôle, ne prend pas d'initiatives médico-économiques, mais ne déroge pas non plus aux prescriptions de l'organisation. Il respecte tout simplement la règle. Aussi, si cette situation semble favoriser la tenue favorable du rôle, que se passerait-il alors dans le cas a priori idéal d'un responsable de pôle qui s'identifierait fortement à son rôle ?

6.1.4. Le responsable du pôle Appareil Locomoteur : une posture d'identification forte associée à une tenue de rôle adaptée

Notre quatrième et dernier cas, celui du responsable du pôle Appareil Locomoteur, à l'inverse du responsable du pôle Couple-Enfant, se trouve dans une posture d'identification forte à l'égard de son rôle. Il se définit en tant responsable de pôle, voire même en tant que chef d'entreprise, considérant être le dirigeant de son propre établissement hospitalier. En ce sens, il se retrouve très fortement dans les significations attachées au rôle qui lui est prescrit. Cette posture identitaire le conduit à bien tenir son rôle globalement, mais l'amène cependant à se focaliser sur les objectifs d'activité de son pôle, la logique médico-économique de son rôle, plutôt que sur les collaborations transversales internes (projets, réunions...). Il respecte donc la logique globale de son rôle, mais l'adapte en partie pour s'affranchir des activités et missions qu'il juge contraignantes. Les prochains paragraphes vont nous permettre d'expliquer plus précisément sa posture d'identification et sa tenue de rôle.

L'identification forte au rôle de responsable de pôle : une signification entrepreneuriale de la médecine

Au niveau de sa posture identitaire, le responsable du pôle Appareil Locomoteur se définit en harmonie avec le rôle de médecin-gestionnaire souhaité par la réforme. Il se reconnaît en tant que responsable de pôle, et se considère même comme un chef d'entreprise médicale. Il est d'ailleurs l'un des seuls médecins à employer abondamment le titre de « *responsable de pôle* » pour se décrire (70 occurrences au total). De plus, il est le seul des quatre responsables de pôle étudiés à s'approprier personnellement le rôle. Il ne marque pas de distance vis-à-vis de son titre. Il emploie constamment le pronom « *je* » pour parler de ses activités. Pour lui,

Partie II. Une étude de la transition par l'identification au rôle de médecin-gestionnaire

être responsable de pôle semble d'ailleurs naturel. En tant que chef de service, sa vision de la pratique médicale correspondait déjà à celle souhaitée par la réforme. Aussi, en accord avec la réforme, ce médecin trouve un intérêt personnel dans sa responsabilité de pôle. Il ne montre pas d'attachement à certaines activités en particulier mais aux objectifs médico-économiques du rôle dans leur globalité.

[En parlant de la rémunération liée à sa fonction] « Les 200 €, je ne les aurais pas, ça changerait rien au problème. De toute façon je ferais toujours ce que je fais aujourd'hui, que je fais parce que j'aime ça, parce que j'ai envie d'avoir un pôle qui marche bien, parce que j'ai envie d'avoir un service qui marche bien, j'ai envie d'avoir un service qui rayonne, j'ai envie qu'on dise qu'on travaille bien à l'Hôpital Sud, qu'on a une grosse activité, que c'est géré comme il faut... Voilà, c'est ça qui me motive. »

Cette prédisposition identitaire se retrouve dans ses traits de personnalité. Il se définit dans ses missions notamment comme un médecin proactif, qui préfère prendre des initiatives plutôt que d'attendre d'éventuelles évolutions. Il utilise intensément le vocabulaire de « l'activité », de « la dynamique », et de « la stimulation » (167 fois) pour parler de son rôle et de ses priorités en tant que responsable de pôle. Il s'identifie en ce sens à l'aspect entrepreneurial souhaité par la réforme, dans les prises de décisions médico-économiques et dans les projets. Aussi, cette dimension entrepreneuriale est fortement valorisée par ce responsable de pôle, pour lequel le nouveau principe de tarification correspond parfaitement à ses attentes personnelles. Il se montre d'ailleurs en grande opposition au fonctionnement hospitalier antérieur. Il rejette notamment à plusieurs reprises l'ancien système du budget global qu'il estimait trop passéiste et ne permettait pas de reconnaître les efforts individuels.

« J'ai toujours pensé que l'avenir de la médecine c'était pas attendre dans son fauteuil que les gens viennent vous voir en disant « je suis le meilleur, je suis le plus fort », mais qu'il fallait prouver qu'on était le meilleur et le plus fort, pour que les gens puissent venir vous voir. Et j'ai toujours été dans cette culture, je dirais, de la qualité et puis de l'efficience. »

Cependant, ce médecin ne se définit uniquement en tant que responsable de pôle : il veut aussi être reconnu comme un « chef d'entreprise ». Il emploie cette expression à plusieurs reprises (15 occurrences au total). Pour lui, le pôle représente son entreprise. Son identification aux aspects entrepreneuriaux du rôle se traduit également dans le langage qu'il utilise. En effet, à de nombreuses reprises il emploie le vocabulaire de l'industrie pour parler de son travail : « production » (19 occurrences), « productivité » (38 occurrences), « efficacité » (5

Partie II. Une étude de la transition par l'identification au rôle de médecin-gestionnaire

occurrences), « *efficience* » (10 occurrences). Il fait aussi références aux contraintes financières pour exprimer son attachement au mode de fonctionnement d'une entreprise : « *le budget* » (15 occurrences), « *les coûts* » (12 occurrences), « *le déficit* » (9 occurrences). Il se différencie cependant d'un chef d'entreprise traditionnel, du fait qu'il se perçoit aussi comme praticien. Dans son idéal, il souhaiterait que le responsable de pôle créé par la réforme devienne un chef d'entreprise plus autonome, libre dans ses décisions médico-économiques. Il s'agit de la seule critique qu'il émet à l'égard de son rôle.

« Ca sera parfait le jour où on aura un responsable de pôle qui sera effectivement un responsable de pôle, et qui sera un manager et un chef d'entreprise. Voilà, donc c'est ça la grosse difficulté. Donc le reproche que je fais au système aujourd'hui, c'est qu'on n'est pas allés jusqu'au bout. Et il faut qu'on aille jusqu'au bout. »

La valeur que ce médecin estime la plus importante dans son travail de responsable de pôle est l'image. Il est très attaché à la reconnaissance de son activité par ses collaborateurs. Cette valeur correspond bien à son attachement à la réussite de son pôle, à l'activité qu'il produit, à son efficacité. Ce responsable de pôle considère que cette image est importante pour la dynamique des pôles, car elle influence les autres responsables de pôle. Elle permet l'établissement d'une certaine concurrence, comme le voudrait une logique entrepreneuriale. La concurrence entre pôle n'étant pas affichée comme objectif de la réforme, ce médecin développe même des significations allant au delà de celles portées par son rôle.

Le responsable du pôle Appareil Locomoteur se trouve donc bien dans une posture d'identification forte à son rôle. Bien que critiquant légèrement ce dernier quant à ses aspects contraignants (prise de décision contrôlée), il se reconnaît totalement dans ses dimensions médico-économiques, de telle sorte qu'il semblait prédisposé à cette identification. Aussi, il se projette même au-delà de son rôle, comme un entrepreneur médical, personnellement concerné par les problématiques financières et de performance de son pôle, qu'il considère comme sa propre entreprise.

La tenue du rôle de responsable de pôle : une réflexion médico-économique sans contraintes administratives

Au niveau de la tenue de son rôle, le responsable du pôle Appareil Locomoteur respecte les missions qui lui sont prescrites, avec une focalisation importante sur le niveau d'activité généré par son pôle. Par exemple, il n'a pas diminué sa pratique chirurgicale personnelle en devenant responsable de pôle, au contraire, car il considère qu'il doit lui-même participer à la production d'actes. Sa mission principale est désormais de motiver ses équipes médicales à travailler davantage pour dégager le plus de ressources pour son pôle. La contractualisation constitue donc un travail central pour lui, car elle représente une manière de valoriser l'activité du pôle et de négocier des moyens. En ce sens, il tente bien de s'aligner avec la logique du nouveau mode de financement. Par exemple, il incite à la réalisation d'audits d'organisation interne afin d'améliorer l'efficacité des cliniques universitaires.

« Il y a un projet d'amélioration de l'efficacité de la médecine ambulatoire en rhumatologie, à la suite de l'audit, sur lequel je n'interviens pas trop [...]. Je n'y participe pas mais ils ont mon aval. Je leur ai dit « faites en sorte qu'on soit plus efficace, qu'on utilise les moyens à bon escient et qu'on puisse éventuellement en produire plus ». »

Toutefois, la réflexion médico-économique de ce responsable de pôle ne prend pas en compte l'aspect transversal comme souhaité par la direction. En effet, attendue par cette dernière comme un moyen de favoriser les interactions entre différentes disciplines, la transversalité est interprétée par ce responsable de pôle comme une manière de mutualiser les résultats économiques entre les spécialités. Pour lui, l'activité dégagée par la chirurgie orthopédique peut, par exemple, être mise en commun avec le secteur de rhumatologie. Il est d'ailleurs focalisé dans sa réflexion sur l'activité d'orthopédie, car celle-ci contribue à la majeure partie du budget de son pôle. Le fait que l'activité de rhumatologie contribue en moindre partie au budget du pôle justifie, selon lui, qu'il s'en préoccupe peu. Il met donc de côté les aspects transversaux du pôle pour se consacrer à sa spécialité.

« On doit être probablement à 80% [du budget] pour l'orthopédie, donc je suis un peu moins concerné si la rhumato ne fonctionne pas très très bien. Même s'ils améliorent leur efficacité par rapport aux revenus, au budget du pôle, ils ne représentent qu'une petite partie. S'ils améliorent énormément leur efficacité, ça ne représente pas grand chose. C'est pour ça que je suis beaucoup plus préoccupé par l'efficacité du service d'orthopédie traumatologie [...]. »

Partie II. Une étude de la transition par l'identification au rôle de médecin-gestionnaire

Si la rhumato était à 80% et nous à 20%, c'est sûr que ça changerait et j'interviendrais certainement beaucoup plus dans les prises de décisions concernant la rhumatologie. »

Aussi, ce responsable de pôle n'utilise pas la transversalité pour favoriser les interactions. En effet, il n'anime les réunions de pôle que pour ce qu'il estime nécessaire : fixation d'objectifs, bilans d'activité finaux et intermédiaires... La fréquence des réunions souhaitées par la direction s'en trouve donc diminuée : les réunions annuelles et mensuelles sont bien mises en œuvre, mais les réunions hebdomadaires (focalisées sur le fonctionnement des cliniques universitaires) sont exclues. Pour lui, ces réunions sont une perte de temps car elles ne permettent pas d'augmenter l'activité du pôle. De même, le responsable de pôle ne prend pas en charge la gestion et l'animation des projets interdisciplinaires. Pour lui, les projets constituent aussi une perte de temps, car ils n'aboutissent que rarement. De plus, la collaboration entre les disciplines est souvent vaine car les préoccupations des deux secteurs sont éloignées. Selon lui, les projets doivent donc rester entre les mains des responsables de clinique universitaire et des praticiens hospitaliers. Il ne prend donc pas d'initiative en la matière, sauf lorsque les projets transversaux visent directement l'amélioration de la productivité du pôle – comme c'est le cas pour les audits d'organisation internes aux cliniques universitaires.

Par ailleurs, ce responsable de pôle ne réfléchit pas en termes de mutualisation des ressources. Il ne prend pas de décision concernant le transfert de personnel d'une clinique à l'autre ou encore de mise en commun des matériels. Pour lui, si les efforts de création d'activité sont suffisamment importants, il n'est pas nécessaire de se focaliser sur ces économies de ressources. C'est d'ailleurs cette même logique qu'il adopte concernant les choix de recrutement. En effet, selon lui, bien que les personnels intérimaires soient coûteux et déconseillés par la direction, ceux-ci sont indispensables pour assurer l'activité chirurgicale. Sans eux, le niveau d'activité diminuerait. Il refuse donc de ne pas recruter. Il s'agit pour lui d'un investissement, car il sera rentabilisé par l'activité produite. Malgré ce refus, il reste donc bien dans une réflexion médico-économique.

« Quand actuellement on manque de personnel, on peut pas l'avoir, on est obligés d'embaucher des intérimaires. Embaucher des intérimaires, ça nous coûte plus cher que des infirmières. Donc, moi, en tant que responsable de pôle, je suis obligé de dire « vous recrutez même si ça nous coûte un peu plus cher ; de toutes façons, si on ne recrute pas, on va baisser l'activité, on ne pourra pas opérer ». Or, comme on a un pôle qui produit beaucoup... Donc

Partie II. Une étude de la transition par l'identification au rôle de médecin-gestionnaire

j'ai fait mes petits calculs dans ma tête – je suis pas un grand comptable. Si j'étais en déficit, en sous activité, je me permettrais pas de demander de recruter. »

Enfin, sur les aspects de GRH, comme pour la négociation de son budget ou pour l'achat de fournitures médicales, il regrette que sa marge de manœuvre en tant que responsable de pôle ne soit pas plus grande. Aussi, il souhaiterait par exemple avoir davantage d'autonomie afin de pouvoir rémunérer la performance de son personnel ou, au contraire, pour sanctionner le manque de performance. Or, les règles qui cadrent son rôle le lui empêchent. Il en retire une certaine frustration.

Le responsable du pôle Appareil Locomoteur tient donc son rôle en respectant la logique médico-économique attendue par l'organisation. Il réfléchit et prend des mesures relatives à l'augmentation d'activité de son pôle, l'amélioration de sa productivité, ou encore l'optimisation de son organisation. Cependant, cette logique se limite à la faible réflexion transversale de ce médecin. En effet, conscient du poids financier de la clinique universitaire d'orthopédie qu'il dirige, il ne se préoccupe que modérément du fonctionnement des autres spécialités médicales, et s'investit peu, voire pas du tout, dans l'animation de réunions, la gestion de projets transversaux, ou encore la mutualisation des moyens. Il aménage donc le rôle qui lui est prescrit.

Le responsable du pôle Appareil Locomoteur se trouve donc dans une posture d'identification forte à son rôle. Il se reconnaît en très grande partie dans les significations portées par ce dernier, notamment en ce qui concerne la logique médico-économique et le système de financement à l'activité. Il reste cependant en retrait vis-à-vis du contrôle impliqué par la contractualisation, qu'il considère comme contraignant pour l'atteinte d'une posture de véritable chef d'entreprise. Aussi, dans le cadre de cette forte identification, il met en œuvre spontanément et avec plaisir les missions médico-économiques qui lui sont attribuées en termes de gestion de l'activité et d'organisation par exemple. En revanche, il ne s'investit pas dans les activités transversales, considérant qu'elles sont secondaires vis-à-vis de la logique gestionnaire globale.

Comme nous avons pu le voir au travers de nos résultats, les postures d'identifications adoptées par les quatre responsables de pôle étudiés sont variées et s'accompagnent de tenues

de rôle diverses elles aussi. D'abord, le responsable du pôle Couple-Enfant, dans une posture de désidentification forte à l'égard de son rôle, détourne dans la pratique la logique de ce dernier afin de le recentrer autour d'activités de discussion avec la direction, et ainsi ne pas endosser la réflexion médico-économique. Ensuite, la responsable du pôle Anesthésie-Réanimation, en posture d'identification conflictuelle à l'égard de son rôle, respecte toutefois les prérogatives de son rôle, mais rencontre des difficultés à assumer sa position d'intermédiaire entre la direction et le personnel du pôle. Puis, le responsable du pôle Psychiatrie-Neurologie, en posture d'identification neutre vis-à-vis de son rôle, applique à la lettre le rôle tel qu'il est prescrit par l'organisation, sans rencontrer aucune difficulté. Enfin, le responsable du pôle Appareil Locomoteur, dans une posture d'identification forte à son rôle, bien que respectant la logique médico-économique attendue, adapte son rôle pour atténuer sa mission de transversalité. Afin d'approfondir la signification de ces résultats, nous allons à présent les discuter.

6.2. La customisation identitaire d'un rôle : l'importance de l'identité en pratique

Comme l'indiquent nos résultats, les postures d'identification des individus à l'égard de leur rôle sont variables, ainsi que leur manière de mettre en œuvre le rôle prescrit. L'influence directe et forte de la posture identitaire sur la tenue du rôle ne nous apparaît cependant pas comme évidente. Afin d'approfondir cette réflexion, nous allons ici discuter nos résultats en deux temps. D'abord, nous allons tenter de mieux comprendre l'influence de la posture d'identification sur la tenue du rôle en analysant chaque situation observée. Nous mettons finalement l'accent sur la tendance des individus à la customisation identitaire du rôle prescrit. Ce constat nous permet à la fois de répondre à notre deuxième question de recherche et de développer les implications théoriques de nos résultats (6.2.1). Ensuite, nous tenterons d'explorer plus finement l'aspect contre-intuitif de cette influence en repérant ses limites dans les missions et activités réalisées. Nous soulignerons particulièrement l'importance de l'utilisation de la posture identitaire au moment de la tenue du rôle (6.2.2).

6.2.1. L'influence de la posture d'identification à un rôle sur la tenue d'un rôle de médecin-gestionnaire

Nos résultats mettent en avant la variété des postures d'identification adoptées par les responsables de pôle et surtout la variété de leurs tenues du rôle. Cependant, cette grande variété signifie-t-elle que la posture d'identification adoptée à l'égard du rôle influence la manière dont ce dernier est mis en œuvre par les médecins ? Notre réponse est : oui, en partie. La posture d'identification au rôle de médecin-gestionnaire a des conséquences directes sur la tenue de ce rôle, bien que ces conséquences soient plus complexes que ce que suggère la littérature. Nous notons, parmi les quatre responsables de pôle étudiés, quatre types d'influence de la posture d'identification sur la mise en œuvre des missions et activités prescrites par l'organisation (voir la figure 11) : la désidentification forte conduirait l'individu à modifier en profondeur la logique de son rôle en pratique ; l'identification conflictuelle induirait une tenue du rôle respectueuse des prescriptions, malgré des tensions personnelles ; l'identification neutre entraînerait une application stricte de ces prescriptions ; une identification forte conduirait à une adaptation partielle du rôle attendu.

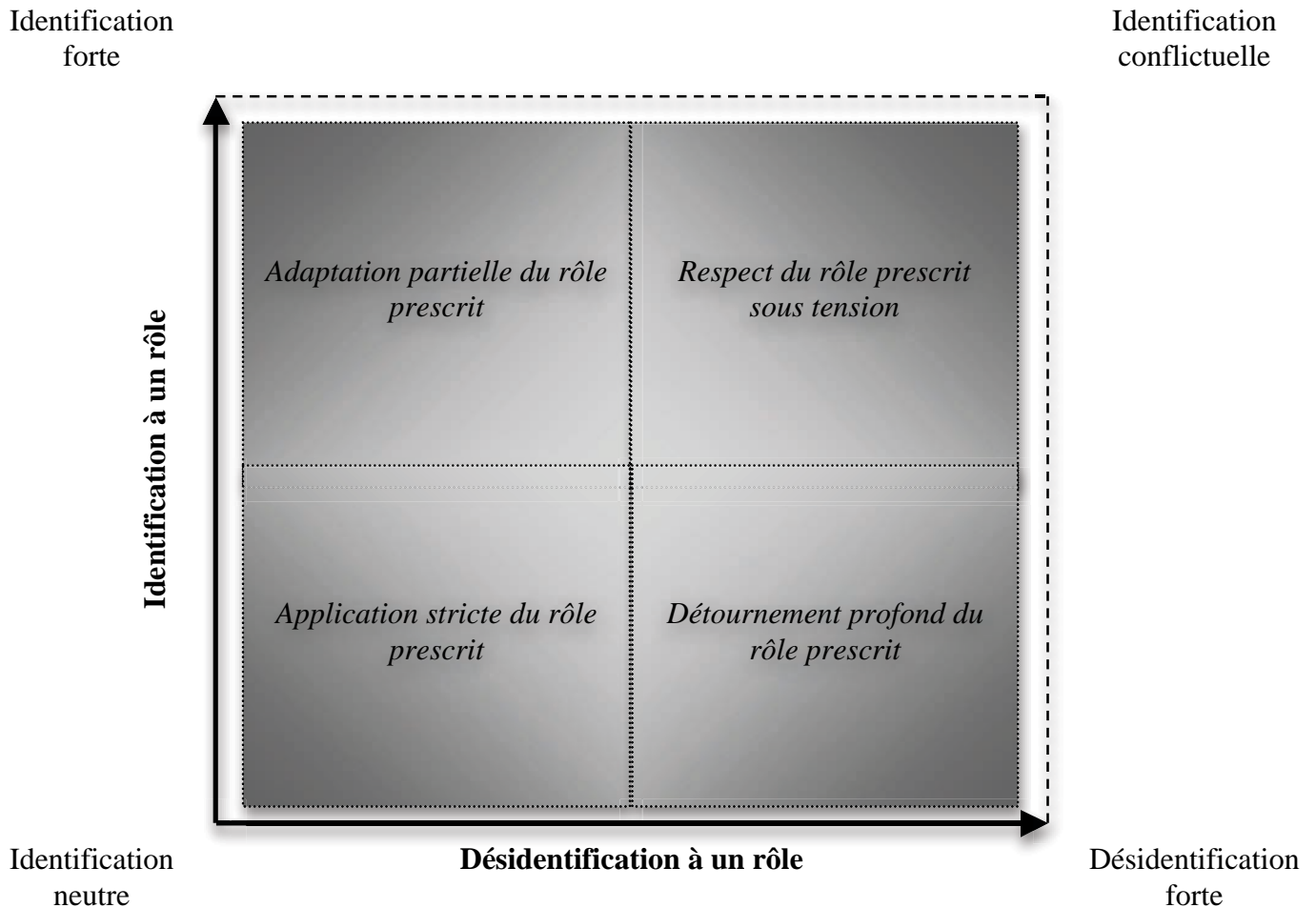


Figure 11. L'influence de la posture d'identification sur la tenue du rôle de médecin-gestionnaire

L'influence d'une posture de désidentification forte à l'égard d'un rôle sur sa tenue : un détournement profond du rôle prescrit

La littérature sur l'identification met en avant le caractère défavorable de la posture de désidentification à l'égard d'un rôle sur la tenue de ce dernier (voir notamment Ashforth, 2001). De même, en nous basant sur la théorie, nous pourrions attendre d'un individu s'opposant aux significations de son rôle qu'il tente de ne pas le mettre en œuvre comme attendu dans la pratique. Nos résultats concernant le rôle de responsable de pôle vont également dans ce sens. En effet, ceux-ci mettent l'accent sur les profonds changements effectués par le médecin dans son rôle afin de pouvoir le tenir en cohérence avec sa posture identitaire. Ces changements influencent fortement la logique médico-économique du rôle, en modifiant ses objectifs, mais également les activités permettant d'atteindre ces derniers :

Partie II. Une étude de la transition par l'identification au rôle de médecin-gestionnaire

l'animation des réunions, la démarche de contractualisation, ou encore le suivi des dépenses du pôle. Nous rejoignons donc les travaux sur le sujet proposant que les postures de désidentification entraînent non seulement une contestation mais aussi une renégociation du rôle prescrit (Ashforth, 2001 ; Dukerich et al., 1998, cités par Ashforth, 2001 ; Elsbach et Bhattacharva, 1996, cités par Ashforth, 2001).

Toutefois, cela ne signifie pas que le mauvais fonctionnement de ce rôle pose des problèmes irrémédiables à l'organisation. En effet, le rôle de responsable de pôle étant compris dans une constellation de rôles (Ashforth, 2001 ; Katz et Kahn, 1979 ; Merton, 1957), sa tenue a des répercussions avant tout sur les rôles qui lui sont liés, sans conséquences directes pour l'organisation. Dans notre cas, les modifications effectuées dans ce rôle central sont répercutées sur les cadres administratifs et coordonnateurs, et le directeur référent, qui endossent finalement les missions qui ne sont pas assurées par le responsable de pôle. Il existe donc, malgré tout, une continuité dans le travail demandé. Cette réparation s'effectuant à un niveau local, elle est à moindres frais pour l'organisation. Par ailleurs, cette situation est favorable à l'individu porteur du rôle, puisqu'ayant pu appliquer sa posture identitaire dans ses missions et activités, il ne souffre pas de dissonance cognitive (Festinger, 1956) entre sa pensée et ses actes. Il customise son rôle pour l'adapter à sa posture de désidentification forte.

L'influence d'une posture d'identification conflictuelle à l'égard d'un rôle sur sa tenue : un respect du rôle prescrit sous tension

Très peu étudiées par la littérature, les conséquences d'une posture d'identification conflictuelle sur la tenue d'un rôle sont fortement méconnues. Pourtant, en tant que forme de désidentification partielle, nous pourrions rejoindre les conclusions des travaux récents (Das et al., 2008 ; Dechamp et Romeyer, 2006 ; Doolin, 2002 ; McGivern et al., 2006) suggérant que cette posture conduit à une tenue de rôle peu respectueuse des prescriptions – pour tenter de calmer une situation de malaise personnel. Nous ne rejoignons cependant pas cette tendance. En effet, bien que la responsable de pôle étudiée soit confrontée à des difficultés personnelles lors de la mise en œuvre du rôle, nous proposons qu'une posture d'identification conflictuelle conduit à une tenue de rôle totalement respectueuse de la logique attendue par l'organisation et la réforme. Les objectifs fixés sont remplis, et les activités liées sont appliquées, qu'il soit question de problématiques médico-économiques ou transversales. Toutefois, comme l'indiquent Das et al. (2008), cette posture d'identification semble difficile

Partie II. Une étude de la transition par l'identification au rôle de médecin-gestionnaire

à maintenir au niveau individuel, car impliquant de nombreuses situations de tension avec la direction et le personnel – les décisions prises allant parfois à l'encontre de la posture identitaire choisie.

Ce type de situation ne pose donc aucun problème immédiat à l'organisation. Le travail prescrit est réalisé et la logique du rôle n'est pas fortement contestée. Toutefois, il serait intéressant d'envisager cette posture sur le long terme. Durant les quelques mois de notre étude, les répercussions concernent uniquement l'individu, car, bien que difficiles à vivre, les conflits semblent supportables et ne pas s'exprimer extérieurement. Il n'en serait peut-être pas de même si cette situation était vécue pendant plusieurs années. Des situations de burnout ou de démission pourraient apparaître (Das et al., 2008), de même que des stratégies d'ajustement (Dechamp et Romeyer, 2006 ; Doolin, 2002 ; McGivern et al., 2006) permettant à l'individu de calmer ses conflits. Dans ces circonstances, les difficultés rencontrées d'abord par l'individu seraient finalement transférées à l'organisation. Cette posture d'identification conflictuelle pourrait donc n'être favorable que sur le court terme et devenir dangereuse sur la durée.

L'influence d'une posture d'identification neutre à l'égard d'un rôle sur sa tenue : une mise en application stricte du rôle prescrit

Pas du tout étudiée en tant que telle dans la littérature, nous pourrions cependant penser qu'une posture d'identification neutre à l'égard d'un rôle conduise à une tenue de rôle peu favorable à la réussite de la transition. Par exemple, l'individu ne s'identifiant pas à son rôle pourrait choisir de ne pas mettre en œuvre certaines activités, ou tout simplement de ne pas s'investir dans ses missions. Nos résultats montrent pourtant que ce n'est pas le cas, au contraire. Notre cas indique que l'identification neutre, bien que ne favorisant pas une forte implication dans le rôle, permet à l'individu de respecter très fidèlement les prescriptions de l'organisation. En effet, n'ayant pas d'intérêt particulier à mener à bien ses missions, et ne se reconnaissant pas dans celles-ci, l'individu demeure cependant conscient de l'importance des règles de travail, et respecte strictement les objectifs et activités attendus : réflexion médico-économique, animation de réunions, gestion de projets transversaux... Dans ce cas non plus, la dynamique de désidentification vis-à-vis d'un rôle n'est donc pas synonyme d'une tenue de rôle défavorable à la réussite d'une transition.

Partie II. Une étude de la transition par l'identification au rôle de médecin-gestionnaire

Cette posture d'identification neutre ne pose donc aucun problème à l'organisation, au contraire : l'individu adopte la logique attendue, tient les objectifs fixés, et met en œuvre les activités qui permettent d'y parvenir. Il tient son rôle de manière conventionnelle (McCall et Simmons, 1978, cités par Kaufmann, 2004). Cette situation semble donc idéale pour l'organisation : elle n'a pas besoin d'intervenir pour compenser les manques provoqués par d'éventuels ajustements des activités, et peut faire une totale confiance en l'individu. Par ailleurs, elle peut même décider de développer le système de délégation de gestion : l'individu respectant les règles, il s'y conformera a priori. Aussi, en termes de répercussions individuelles, cette posture d'identification neutre semble très facile à gérer pour l'individu, qui envisage son rôle comme une simple règle à suivre. Cette règle ne comportant aucune signification pour lui, sa mise en application stricte n'exige aucun effort de sa part : il fait et se détache complètement. Par conséquent, l'identification neutre constituerait la posture idéale à la fois pour l'organisation et pour l'individu.

L'influence d'une posture d'identification forte à l'égard d'un rôle sur sa tenue : une adaptation partielle du rôle prescrit

Comme évoqué auparavant, la littérature qui s'avère la plus abondante est celle portant sur l'influence de la posture d'identification stricte à un rôle sur sa tenue. Elle indique un consensus sur le fait que cette posture est la plus favorable, voire la seule à permettre la mise en œuvre respectueuse d'un rôle (voir notamment Dukerich et al., 2002 ; Dutton et Dukerich, 1991 ; Stewart et al., 2009), ainsi que la réussite d'une transition de rôle (Ashforth, 2001 ; Neal et Griffin, 2006). Nos résultats remettent cependant en question cet argument fort de la littérature. En effet, notre cas d'identification forte met en avant le fait que l'individu concerné, bien que poursuivant en grande partie la logique du rôle, arrange ce dernier afin de le rendre moins axé sur les problématiques transversales et administratives. L'identification forte à un rôle n'empêcherait donc pas la modification de ce dernier, entraînant la réussite seulement partielle de la transition.

Nous rejoignons cependant les travaux sur le sujet montrant que cette posture influence l'accomplissement favorable des missions auxquelles l'individu s'identifie le plus (Burke et Reitzes, 1981 ; Santee et Jackson, 1979) – dans notre cas, la réflexion médico-économique, à laquelle le responsable de pôle s'identifie fortement, constitue l'activité la mieux respectée. A l'inverse, les missions vis-à-vis desquelles l'individu se détache un peu plus constitueraient

Partie II. Une étude de la transition par l'identification au rôle de médecin-gestionnaire

celles qu'il assure le moins – peu en accord avec la logique bureaucratique de son rôle, le responsable de pôle étudié décide de ne pas consacrer beaucoup de temps à l'animation de réunions, par exemple. La réussite de la transition ne serait donc pas garantie lorsque l'individu s'identifie fortement à son rôle.

Cette posture d'identification serait donc plutôt favorable à l'organisation, qui bénéficie de l'investissement de l'individu auprès des missions dans lesquelles il se reconnaît. A priori, elle peut donc faire confiance à l'individu et à ses initiatives concernant ces missions. Toutefois, les bénéfices de cette posture sont limités puisqu'en dehors des missions valorisées par l'individu, l'organisation doit être en mesure d'intervenir pour compenser les lacunes dans le travail de responsable de pôle. Si la modification des activités (comme l'animation des réunions de pôle) ne semble pas particulièrement problématique pour le bon fonctionnement du rôle – la coordination pouvant être réalisée d'autres manières en interne, l'organisation n'a pas besoin d'intervenir –, il n'en va pas de même pour les prérogatives de gestion transversale. En effet, si l'individu ne les assume pas, l'organisation est contrainte d'intervenir, sauf – comme dans notre cas – à ce qu'elle choisisse de négliger elle-même cette dimension.

Aussi, concernant l'individu, les répercussions d'une telle posture semblent nulles. Celui-ci ne rencontre aucune difficulté à assurer son rôle, puisqu'il l'adapte en fonction de ses préférences identitaires, et n'assume pas la charge des modifications qu'il effectue. Au contraire même, la légitimité qu'il dégage du fait de s'identifier à la logique globale du rôle, lui permettrait de faire abstraction des contraintes organisationnelles, et de n'éprouver aucun malaise à ne pas tenir strictement le rôle en fonction des attentes. Au final, cette posture identitaire, bien que favorable partiellement à l'organisation et à l'individu, ne s'avérerait pas idéale, contrairement à ce que la plupart des recherches indique.

Comme notre analyse de ces quatre postures d'identification le montre, nous suggérons que l'identification stricte à un rôle n'est pas nécessaire afin de mener à bien une transition de rôle, et les situations de désidentification ne sont pas forcément synonymes d'échec. Nos résultats montrent que les tendances identifiées par la littérature ne sont pas systématiques, et qu'il n'est pas seulement question de savoir si un individu s'identifie ou non à son rôle pour expliquer la transition. Selon nous, les influences entre postures d'identification et tenue d'un rôle sont beaucoup plus subtiles. En effet, bien qu'une posture de désidentification forte à

Partie II. Une étude de la transition par l'identification au rôle de médecin-gestionnaire

l'égard d'un rôle empêche largement la transition de s'effectuer, les postures plus nuancées d'identification neutre et d'identification conflictuelle s'avèrent particulièrement propices à une tenue favorable de ce rôle. Cependant, contre toute attente, nous remarquons qu'une identification forte vis-à-vis d'un rôle n'est pas aussi bénéfique à la transition que la littérature le suggère, révélant même des répercussions négatives pour l'organisation. Nous répondons par conséquent à notre deuxième question de recherche :

Réponse à la question de recherche n°2 :

Un médecin peut tenir un rôle de médecin-gestionnaire de différentes manières, suivant la posture d'identification qu'il adopte : une posture de désidentification forte peut le conduire à un détournement de la logique du rôle prescrit ; une posture d'identification conflictuelle peut le mener à un respect du rôle prescrit, mais sous-tensions ; une posture d'identification neutre peut l'inciter à une mise en application stricte du rôle prescrit ; une posture d'identification forte peut l'engager dans une adaptation partielle du rôle prescrit. La posture d'identification peut donc customiser la tenue d'un rôle de médecin-gestionnaire.

Ce constat nous permet de discuter nos résultats.

Implications de nos résultats sur l'importance de l'identification à un rôle lors des transitions vers un rôle de médecin-gestionnaire

A partir de notre réponse à la deuxième question de recherche, nous relativisons l'idée selon laquelle l'identification à un rôle de médecin-gestionnaire est une situation exceptionnelle. Les médecins ne s'opposent pas systématiquement aux significations portées par ce type de rôle.

Proposition théorique n°2 : l'identification à un rôle de médecin-gestionnaire est possible et modératrice, mais n'est pas indispensable pour effectuer ce type de transition – la désidentification forte est cependant néfaste.

Nos éléments de discussion à ce sujet concernent trois axes de recherche relatifs aux transitions de rôle : la désidentification des médecins aux rôles de médecin-gestionnaire, la

Partie II. Une étude de la transition par l'identification au rôle de médecin-gestionnaire

customisation identitaire de ce type de rôle, et la capacité d'identification lors de transitions de rôle volontaires et de faible magnitude.

Premièrement, nous mettons en avant l'argument selon lequel les médecins ne se désidentifient pas systématiquement à un rôle de médecin-gestionnaire. Bien que la littérature insiste sur la difficulté pour ces individus à se reconnaître dans les significations portées par un rôle gestionnaire (voir notamment Dechamp et Romeyer, 2006 ; McGivern et al., 2006), nos résultats indiquent, à l'inverse, qu'ils peuvent s'accorder presque spontanément avec celles-ci. En effet, parmi nos quatre cas de responsables de pôle, seulement l'un d'eux se montre très opposé à la logique gestionnaire. Les trois autres, malgré des situations nuancées, ne remettent pas en question les significations attachées au rôle prescrit. Aussi, alors que ces mêmes auteurs mettent en avant la tendance des médecins à s'identifier de manière conflictuelle à ce type de rôle, nous suggérons que cette possibilité n'est pas systématique non plus. Là encore, parmi nos quatre cas d'étude, seulement l'un deux se trouve dans cette posture. Les trois autres montrent seulement quelques signes d'ambivalence identitaire.

Proposition théorique n°2a : la désidentification à l'égard d'un rôle de médecin-gestionnaire n'est pas systématique lors d'une transition de ce rôle.

Deuxièmement, nous suggérons que la posture d'identification adoptée par un individu lui permet de customiser le rôle qui lui a été prescrit. L'étude de nos quatre cas de responsables de pôle indique que la manière dont un médecin s'identifie à son rôle influence son comportement dans la tenue du rôle. Cette personnalisation s'effectue par l'apposition d'empreintes personnelles au sein des objectifs et activités prescrites (Harré, 1983, cité par Ashforth, 2001) : une posture de désidentification forte entraîne un changement profond de la logique et des objectifs du rôle prescrit, sans pourtant que les activités de support soient modifiées ; une posture d'identification conflictuelle conduit à un respect des prérogatives du rôle, malgré de nombreuses hésitations concernant les prises de décisions médico-économiques ; une posture d'identification neutre induit une application strictes de l'ensemble des prescriptions liées au rôle ; une posture d'identification forte entraîne, à l'inverse d'une situation de désidentification forte, un respect de la logique globale du rôle, mais aussi une adaptation des activités de support prescrites. Au final, les postures d'identification neutre et conflictuelle favorisent une tenue de rôle conventionnelle ; les postures de désidentification et

Partie II. Une étude de la transition par l'identification au rôle de médecin-gestionnaire

d'identification fortes entraînent, elles, une mise en œuvre idiosyncrasique du rôle (McCall et Simmons, 1978, cités par Kaufmann, 2004).

Proposition théorique n°2b : la posture d'identification d'un médecin à l'égard de son rôle de médecin-gestionnaire customise en partie la manière dont il le met en œuvre.

Troisièmement, et étonnamment, bien que la transition étudiée ici soit plutôt volontaire de la part des quatre responsables de pôle étudiés, et qu'elle soit d'une magnitude modérée (la logique du rôle change mais les missions quotidiennes demeurent proches de celles d'un chef de service), les postures que nous relevons sont finalement la plupart liées à la désidentification vis-à-vis du rôle prescrit – désidentification forte, identification conflictuelle, et identification neutre. Nous remettons donc en question l'argument selon lequel ce type de postures est moins probable lors de transitions de rôle volontaires et de faible magnitude (Ashforth, 2001). Nous l'expliquons, d'abord, en raison de l'opacité du rôle prescrit. En effet, tel qu'il a été présenté initialement, le rôle de responsable de pôle était relativement flou au niveau des missions qu'il impliquait. Les individus qui ont postulé pour ce rôle ne savaient donc pas exactement qu'elles allaient être les attentes de la direction en la matière. Bien que leur candidature ait été plutôt volontaire, cette méconnaissance du rôle et de sa logique a entraîné une certaine désillusion auprès des médecins concernés – le discours de la déception se retrouve parmi les quatre individus étudiés. La spontanéité des candidatures ne reflète donc en rien l'accord final des médecins avec la logique de leur rôle. La désidentification s'explique malgré le volontarisme de la transition.

Ensuite, une autre explication semble liée à la précédente, et résider dans l'apparente faible magnitude de la transition. Le rôle prescrit étant nouveau et relativement flou, les médecins concernés ont initialement pensé effectuer une transition vers un rôle relativement proche de celui de chef de service – les comparaisons entre les deux rôles étant fréquentes dans le discours des quatre responsables de pôle interrogés. La magnitude envisagée était donc faible. Toutefois, étant donné leur découverte progressive du nouveau rôle, les médecins se sont finalement rendu compte du changement profond de logique entre les deux rôles, impliquant des significations très différentes pour eux. Bien que les activités quotidiennes demeurent les mêmes, la magnitude de la transition est malgré tout plus élevée que prévu. L'identité des médecins, a priori peu touchée, s'est vue remise en question brusquement, lors de la

Partie II. Une étude de la transition par l'identification au rôle de médecin-gestionnaire

découverte de leur rôle. La dynamique de désidentification s'explique malgré la magnitude de transition modérée.

Enfin, nous expliquons ce constat étonnant à partir de la population d'individus concernés par la transition : des professionnels. En effet, ces individus, fortement attachés à leur identité professionnelle (Freidson, 1984), tendraient plus facilement à critiquer ou se détacher des logiques de rôle qui diffèrent de leurs propres significations, et cela malgré la transition volontaire et de magnitude modérée vers un nouveau rôle. Leur autonomie professionnelle ne se traduirait pas seulement dans la pratique mais aussi dans leur posture identitaire. Finalement, les postures liées à la désidentification seraient donc plus probables qu'on ne le pense dans les transitions de rôle volontaires et de magnitude modérée.

Proposition théorique n°2c : la désidentification à l'égard d'un rôle de médecin-gestionnaire peut survenir même lorsque le médecin a sciemment accepté la transition et que celle-ci est de magnitude modérée.

Ces implications théoriques mettent en avant l'influence partielle et variable de la posture d'identification du médecin sur la tenue de son rôle. Par conséquent, la gestion de l'identification devrait constituer une activité personnalisée dans l'accompagnement de la transition vers un rôle de responsable de pôle. Nous suggérons donc aux établissements de santé de ne pas mettre en place trop de dispositifs d'accompagnement collectifs et généraux pour aider les médecins dans leur transition. Par exemple, des réunions ou formations massives concernant la gestion financière ou l'explication de la réforme ne nous semblent pas utiles. Au contraire, des actions plus spécifiques, au sein de chaque pôle, seraient préférables, en fonction des significations que chaque médecin porte vis-à-vis de son rôle. Par exemple, il nous paraît intéressant de développer des rencontres personnalisées entre la direction et chaque médecin avant et pendant leur transition afin de mieux comprendre leurs motivations et leurs attentes vis-à-vis du rôle. Selon nous, ces rencontres devraient débiter dès le lancement du processus de recrutement. Dans tous les cas, les compétences préalables du médecin en termes de gestion ne nous semblent pas indispensables en soi pour réussir la transition. En revanche, elles peuvent permettre une accommodation du médecin à la réflexion médico-économique. Dans cette optique, l'accompagnement mériterait d'être totalement délégué aux établissements de santé. En amont, le rôle des instances publiques pourrait être de légitimer l'autonomie des établissements de santé en la matière.

Proposition managériale n°2 : les établissements de santé et les instances publiques pourraient mettre en place des dispositifs d'accompagnement personnalisés, en fonction de l'intérêt de chaque médecin pour la gestion, plutôt que collectifs, afin d'aider les médecins à s'accommoder des logiques portées par le rôle.

Comme nous l'avons vu, en réponse à notre deuxième question de recherche, toutes les postures d'identification ne permettent pas de réussir la transition vers un rôle de médecin-gestionnaire. De plus, l'influence de ces postures sur la tenue du rôle contredit parfois les propositions de la littérature : des postures d'identification théoriquement peu favorables – telles que l'identification neutre ou l'identification conflictuelle – permettent finalement la transition, alors que des postures a priori très favorables – l'identification forte – peuvent la contraindre en partie; seule la désidentification forte à l'égard d'un rôle l'empêche fortement, dans la lignée de ce que suggère la littérature. L'identification à un rôle de médecin-gestionnaire ne s'avère donc pas nécessaire mais modératrice de la manière dont celui-ci est tenu. Aussi, au travers de notre discussion, nous avons abordé mis en avant le fait que les médecins sont finalement peu enclins à s'opposer aux significations portées par un rôle de médecin-gestionnaire, et n'ont pas besoin d'une identification forte à ce rôle pour le tenir favorablement ; puis l'effet de customisation de la posture identitaire sur la manière dont ce type de rôle est mis en œuvre ; l'idée selon laquelle une transition de rôle volontaire et de faible magnitude n'induit pas nécessairement une identification aisée à l'égard du nouveau rôle. Ces éléments de discussion nous incitent à proposer aux pouvoirs publics et établissements de santé des dispositifs d'accompagnement sur-mesure aux médecins effectuant ces transitions. Ces résultats nous permettent à présent d'interroger de manière plus pratique la cohérence entre la posture d'identification et la tenue du rôle prescrit, du point de vue des missions du médecin-gestionnaire.

6.2.2. Les limites de l'influence identitaire sur le rôle prescrit

Sans toutefois garantir la transition, la manière dont un individu s'identifie (ou non) à son rôle influence la tenue de ce dernier. Nous allons maintenant voir que cette influence a ses limites. En effet, la posture identitaire adoptée ne guide pas totalement le comportement des individus dans leur rôle, laissant parfois apparaître des décalages entre les significations attribuées au

Partie II. Une étude de la transition par l'identification au rôle de médecin-gestionnaire

rôle et la mise en œuvre de ce dernier. Certains comportements semblent alors incohérents les uns par rapport aux autres. Nous nous penchons ici sur trois incohérences majeures identifiées dans les récits de nos interlocuteurs.

L'endossement de la réflexion médico-économique malgré une posture de désidentification forte

Une première limite à la customisation identitaire du rôle consiste en l'association d'une posture de désidentification forte vis-à-vis du rôle de médecin-gestionnaire, avec pourtant une tenue favorable de ce dernier. Ce type de décalage est visible dans la tenue de rôle du responsable du pôle Couple-Enfant. Bien qu'exceptionnel dans son travail, on remarque que ce responsable, qui se désidentifie fortement à l'égard de la logique médico-économique de son rôle, utilise la réflexion gestionnaire afin de pouvoir s'opposer à la direction. Typiquement, confronté au problème du déficit de son pôle, il ne remet pas en question ses pratiques en tant que responsable de pôle, mais interroge la légitimité du mode de financement de ses activités médicales. Plus précisément, il questionne les niveaux de tarification de la clinique universitaire de pédiatrie, qu'il juge inadaptés et défavorables à la valorisation de son activité. Dans cette interrogation, il endosse donc bien la réflexion médico-économique, et ce malgré sa forte désidentification à son égard. Ce type de comportement, bien qu'a priori rare, remet donc en question l'influence de la posture identitaire sur la tenue d'un rôle.

Le refus de la transversalité malgré une posture d'identification neutre

Une deuxième limite à la customisation identitaire du rôle consiste en l'association d'une posture d'identification neutre à l'égard du rôle de médecin-gestionnaire, avec toutefois une tenue défavorable de ce dernier. Ce décalage est observable dans le discours du responsable du pôle Psychiatrie-Neurologie qui, bien que ne percevant aucun intérêt personnel dans le rôle qu'il tient, va remettre en cause les prescriptions de l'organisation. Ainsi, plutôt que de mettre en application strictement ces dernières, il choisit de s'y opposer. En effet, après plusieurs mois de fonctionnement, ce responsable a décidé de réduire fortement l'aspect transversal de ses réunions de pôle, en effectuant seulement des réunions par clinique universitaire (certaines dédiées à la psychiatrie, d'autres à la neurologie). Selon lui, étant donné les problématiques

Partie II. Une étude de la transition par l'identification au rôle de médecin-gestionnaire

éloignées de ces deux disciplines, il est devenu préférable d'atténuer la logique transversale. Par cette action, il rejette donc bien la réflexion transversale, tout en conservant une posture identitaire neutre à l'égard de son rôle. Bien qu'a priori exceptionnel dans son travail, ce type de comportement remet donc lui aussi en question l'influence de la posture identitaire sur la tenue du rôle.

Le refus de la réflexion médico-économique malgré une posture d'identification forte

Une troisième limite à la customisation identitaire du rôle consiste en l'association d'une posture d'identification forte vis-à-vis du rôle de médecin-gestionnaire, avec cependant une tenue défavorable de ce dernier. Ce décalage est visible dans la tenue de rôle des responsables des pôles Appareil Locomoteur et Anesthésie-Réanimation, qui vont remettre en question la logique médico-économique de leur rôle, bien que s'y identifiant fortement. D'abord, le responsable du pôle Appareil Locomoteur se montre strictement opposé à envisager des économies au niveau du personnel soignant intervenant dans les blocs opératoires. Contrairement à ce que souhaiterait la direction, il considère que l'augmentation de l'activité justifie l'engagement de ces dépenses supplémentaires. Ensuite, la responsable du pôle Anesthésie-Réanimation, de la même manière, refuse radicalement d'effectuer des économies de ressources concernant les personnels soignants dans les unités de surveillance continue de réanimation. Pour elle, les contraintes économiques ne justifient pas l'ajustement des seuils d'effectifs prévus par la loi en la matière. Au travers de ces comportements, ces deux responsables de pôle refusent donc la réflexion médico-économique exigée par leur rôle, malgré leur forte identification à l'égard de cette logique. Comme pour les deux cas précédents, ce type de comportement, bien que rare, remet en question l'influence de la posture identitaire sur la manière dont le rôle est mis en œuvre.

Comme ces trois types de comportement l'ont montré, la customisation identitaire du rôle n'est donc pas totale. Certaines actions échappent à cette influence identitaire : la réflexion médico-économique peut très bien être endossée malgré une posture de désidentification forte à son égard ; au contraire, elle peut-être rejetée malgré une posture d'identification forte ; enfin, la réflexion transversale peut-être refusée malgré une posture d'identification neutre.

Partie II. Une étude de la transition par l'identification au rôle de médecin-gestionnaire

Ce constat rend la compréhension de la transition des médecins vers un rôle de médecin-gestionnaire encore plus complexe : la posture identitaire influence bien la transition, mais pas totalement. Pourquoi alors certaines actions échappent à cette influence ? Que se passe-t-il dans l'action, lors de la tenue du rôle ? Afin de pouvoir le comprendre et ainsi apporter des éléments de réflexion plus denses pour la gestion de ces transitions de rôle, nous allons étudier dans une troisième partie la manière dont l'identité est activée au cours de la tenue du rôle, ainsi que son influence directe sur ce dernier. Pour cela, il nous semble incontournable de ne plus s'attacher aux discours de nos interlocuteurs, comme nous l'avons fait au cours de ces deux premières parties, mais plutôt à leurs actes.

SYNTHESE DE LA PARTIE II

Nous avons consacré cette deuxième partie à une étude de la transition des médecins vers un rôle de médecin-gestionnaire sous l'angle de l'identification au rôle. Dans cette optique, nous avons choisi d'analyser l'influence de l'identification au rôle de médecin-gestionnaire sur la tenue de ce rôle. Dans un quatrième chapitre, nous avons, pour cela, d'abord fait émerger un débat au sein de la littérature concernant l'influence de l'identification à un rôle sur la mise en œuvre de ce dernier. Alors que la plupart des travaux traditionnels sur le sujet mettent en avant l'importance pour un individu de s'identifier afin de bien tenir son rôle, des recherches plus récentes font émerger des postures alternatives à l'identification, dont l'influence sur la tenue du rôle n'a pas encore été approfondie. Pour tenter de remédier à cette carence de la littérature, nous avons questionné les postures d'identification permettant à un médecin d'achever sa transition vers un rôle de médecin-gestionnaire.

Dans un cinquième chapitre, nous avons détaillé la démarche méthodologique choisie afin de répondre à ce questionnement. Nous avons mis l'accent sur notre étude approfondie de 4 cas de responsables de pôle, au sein du CHU sélectionné, replacés au sein de leur constellation de rôle. Enfin, dans un sixième chapitre, nous avons présenté nos résultats, en avançant que différentes postures d'identification à l'égard d'un rôle sont possibles pour bien mettre en œuvre ce dernier, et que l'identification stricte à un rôle n'est pas nécessaire pour assurer la transition. Aussi, nous avons discuté la manière dont ces différentes postures influencent le contenu du rôle mis en œuvre, en proposant que le rôle est en partie customisé par l'identité. Toutefois, cette influence étant limitée, la proposition de possibilités de gestion des transitions de rôle nous semble difficile à ce stade de notre recherche. L'étude de la mise en acte de l'identité au sein du contexte de travail des médecins-gestionnaires est finalement envisagée.

Nos derniers éléments de discussion nous amènent donc à envisager la transition vers un rôle de médecin-gestionnaire sous l'angle de l'utilisation de l'identité dans l'action. Aussi, ayant étudié ce phénomène, au cours des deux premières parties de cette thèse, à partir des discours de nos interlocuteurs, nous souhaitons à présent l'examiner de manière opérationnelle, au travers de la pratique même du rôle. C'est pourquoi, afin de mieux comprendre les subtilités de l'interaction entre identité et rôle, permettant la réussite de la transition vers un rôle de médecin-gestionnaire, nous décidons d'étudier le travail identitaire effectué par les médecins pour mettre en œuvre leur rôle. Notre troisième et dernière partie y sera consacrée.

Problématique générale de la thèse :

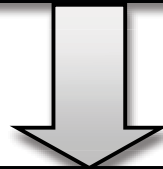
Comment un médecin peut-il mener sa transition vers un rôle de médecin-gestionnaire ?

Première étude :

Etude globale de la transition vers un rôle de médecin-gestionnaire

Question de recherche n°1 :

Par quels ajustements un médecin peut-il mener sa transition vers un rôle de médecin-gestionnaire ?

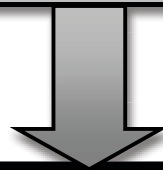


Deuxième étude :

Etude de la transition par l'identification au rôle de médecin-gestionnaire

Question de recherche n°2 :

De quelle manière un médecin peut-il tenir un rôle de médecin-gestionnaire lorsqu'il adopte une posture d'identification alternative ?



Troisième étude :

Etude de la transition par le travail identitaire de médecin-gestionnaire

Question de recherche n°3 :

Au travers de quelles tactiques de travail identitaire un médecin peut-il tenir un rôle de médecin-gestionnaire ?

PARTIE III

UNE ETUDE DE LA TRANSITION PAR LE TRAVAIL IDENTITAIRE DE MEDECIN-GESTIONNAIRE

Partie III. Une étude de la transition par le travail identitaire de médecin-gestionnaire

« Moi-même j'ai beaucoup évolué en 3 ans. Je vis mon travail avec la direction comme un réel partenariat autour des mêmes objectifs. Il y a pas les bons, versant médical, et les méchants, versant administratif. Il faut arrêter de faire des procès d'intention. Tout le monde a envie que cet établissement fonctionne bien. Ca, pour moi, c'est absolument clair. »

Responsable du pôle Couple-Enfant du CHU, lors d'une réunion

Notre deuxième partie a montré que la transition de médecins vers un rôle de médecin-gestionnaire était possible sans que ceux-ci se définissent à partir de ce rôle, bien qu'une influence existe entre la posture d'identification et la tenue du rôle. Cependant, la versatilité de cette influence ne nous permet pas de concevoir, pour l'instant, des pistes pour l'accompagnement de ces transitions. Afin de mieux comprendre l'influence mouvante de l'identité sur la réussite de la transition de rôle, il nous semble incontournable d'interroger l'action et son contexte. En effet, si la posture identitaire adoptée n'influence que partiellement la réussite de la transition, que se passe-t-il alors dans le cœur de l'action ? Le médecin occulte-t-il parfois son identité pour tenir son rôle ? Plus généralement, que fait-il de son identité dans l'action ? Dans la continuité de notre deuxième étude, cette troisième partie est donc dédiée à l'analyse de la mise en œuvre de la posture d'identification des médecins à l'égard de leur rôle, au sein de leurs missions de médecin-gestionnaire. Pour cela, nous avons opté pour l'emploi du concept de travail identitaire, qui se réfère à l'utilisation par les individus de leur identité dans l'action. Ce concept va nous permettre d'observer concrètement l'importance de l'identité dans le travail de ces médecins.

Notre objectif est donc, dans cette troisième partie, de mieux comprendre la manière dont l'identité est utilisée dans l'action par les médecins pour mettre en œuvre leur rôle. Dans un septième chapitre, nous mettons d'abord en évidence un débat au sein de la littérature concernant les formes de travail identitaire utilisées par les individus pour répondre à des menaces du contexte. Ce débat met en opposition deux conceptions du travail identitaire. D'une part, une conception traditionnelle du travail identitaire est observée dans des circonstances de fortes menaces identitaires (rôle stigmatisant, oppressant, ou imposé par un changement), où celui-ci est utilisé à des fins de défense et revendication de la posture identitaire vis-à-vis du rôle. D'autre part, une approche plus récente du travail identitaire est analysée dans des contextes de menaces identitaires moins fortes (micro ou macro-transitions de rôle), où il est utilisé dans l'optique d'une évolution ou adaptation de la posture identitaire

Partie III. Une étude de la transition par le travail identitaire de médecin-gestionnaire

à l'égard du rôle. Face à ce débat, nous questionnons de manière large les formes de travail identitaire mises en place dans le cadre d'une transition vers un rôle de médecin-gestionnaire (7). Dans un huitième chapitre, nous détaillons la démarche méthodologique adoptée pour répondre à cette interrogation. Nous soulignons notre utilisation de l'observation de réunions comme une méthode de collecte des matériaux mettant en lumière le travail identitaire des quatre responsables de pôle sélectionnés, lorsqu'ils sont confrontés à des problématiques médico-économiques (8). Enfin, dans un neuvième chapitre, nous exposons nos résultats, en mettant en avant les formes de travail identitaire employées par les individus pour mettre en œuvre des comportements a priori en décalage avec leur posture identitaire. Nous avançons que le travail identitaire s'effectue de manière contextuelle, l'individu choisissant de défendre ou de transformer son identité en fonction des menaces de son cadre d'action. Les médecins seraient finalement en quête de compréhension des limites de leur rôle (9).

CHAPITRE 7. LE MEDECIN-GESTIONNAIRE DANS LA TENUE DE SON RÔLE : QUELLES TACTIQUES DE TRAVAIL IDENTITAIRE ?

Dans la tenue d'un rôle, l'individu est amené à travailler son identité, surtout lorsque celle-ci est soumise à des menaces identitaires. La littérature, fourmillant de typologies désordonnées à ce sujet, est en débat sur la question de l'orientation de ce travail identitaire : consiste-t-il en une protection de l'identité à l'égard d'un rôle trop menaçant (stigmatisant, oppressant, changeant) – l'individu souhaitant rester le même ? (7.1). Ou alors consiste-t-il en une mutation de l'identité vis-à-vis d'un rôle moins menaçant (dans le cadre de transitions de rôle) – l'individu souhaitant évoluer ? (7.2). Cette question est d'autant plus prégnante dans le cas des médecins-gestionnaires que nous étudions, les professionnels étant reconnus pour l'importance qu'ils confèrent à leur identité, et pour la théorique faible malléabilité de cette dernière. Ce chapitre vise donc à éclaircir la question du maintien ou de l'adaptabilité dans le travail identitaire, afin de mieux comprendre son importance dans la transition de rôle étudiée.

7.1. Le travail identitaire comme protection de l'identité face au rôle

Traditionnellement, la littérature présente le travail identitaire comme une stratégie de défense identitaire à l'égard des exigences d'un rôle, lorsque ce dernier présente une forte menace pour l'individu. Cherchant à rester cohérent, l'individu va mettre en œuvre des tactiques pour que sa posture identitaire n'évolue pas. Cette dynamique se retrouve dans la littérature traitant de la stigmatisation de soi et de la sauvegarde de l'estime de soi (7.1.1) et dans la littérature abordant les questions de conformisme organisationnel, voire institutionnel (7.1.2).

7.1.1. La théorie du travail identitaire et la sauvegarde de l'identité

Dans son approche initiale, le travail identitaire est conçu par la littérature comme une dynamique de défense identitaire, permettant la préservation de soi et d'une identité positive

socialement, lorsque l'individu est confronté à un rôle stigmatisant. Cette approche s'appuie sur la conception initiale du travail identitaire, telle qu'elle est formulée par Snow et Anderson (1987). Selon ces deux chercheurs, la théorie du travail identitaire, ou *Identity work theory (IWT)*, est une théorie qui se fonde sur une définition duale de l'identité, différenciant identité personnelle et identité sociale, ou identité de rôle (Gecas, 1982, cité par Ashforth, 2001). L'identité personnelle se réfère aux significations qu'un individu s'auto-attribue, alors que l'identité sociale, ou de rôle, représente les significations assignées à l'individu par son environnement social, ou par les attentes de son rôle. À côté de ces dimensions, le concept de soi est mis en avant comme une vision globale des deux identités (Turner, 1968).

Le travail identitaire est initialement défini par la littérature comme l'ensemble des activités dans lesquelles les individus s'engagent pour créer, présenter, et maintenir des identités personnelles congruentes avec, et protégeant, leur concept de soi (Snow et Anderson, 1987). En d'autres termes, il s'agit de toutes les actions mises en œuvre par les individus pour retrouver ou sauvegarder une identité distinctive et cohérente dans leur contexte social. Ces actions peuvent concerner le contexte d'action, l'apparence physique, l'association à des personnes ou à des groupes, ou encore – de manière prédominante dans la littérature – le discours. En ce sens, le concept de travail identitaire est proche de la maîtrise des impressions (Goffman, 1973) ou du travail de figuration (Goffman, 1998), qui visent respectivement à réparer des maladroites ou à ne pas perdre la face. Le travail identitaire consiste, quant à lui, à jouer avec les processus de personnalisation, permettant de se différencier d'un rôle, et les processus de dépersonnalisation, contribuant à se rapprocher d'un rôle. Cette théorie est plus récemment rapprochée des processus de construction identitaire (voir notamment Ibarra, 1999, Pratt et al., 2006, ou Sveningsson et Alvesson, 2003), soutenant que l'individu peut lui-même inventer ce qu'il est (Kaufmann, 2004). Selon la littérature, le travail identitaire survient principalement lorsque l'identité d'un individu est menacée, c'est-à-dire lorsqu'une pensée, un sentiment, une action, ou une expérience, viennent remettre en question l'identité personnelle, voire sociale, d'un individu (Breakwell, 1983, cité par Ibarra et Petriglieri, 2007).

Dans cette lignée, les recherches envisagent le travail identitaire comme une manière pour les individus de défendre leur identité vis-à-vis de leur contexte social, perçu comme menaçant. Il s'agit alors, la plupart du temps, d'étudier comment des individus confrontés à des identités de rôle perçues socialement comme négatives et associées à des stigmates – et donc menaçantes –, protègent leur identité personnelle. C'est le cas par exemple de sans-abris qui, associés à une identité de rôle stigmatisante, tentent de s'en distinguer par des tactiques de

Partie III. Une étude de la transition par le travail identitaire de médecin-gestionnaire

distanciation et d'association sélectives (Snow et Anderson, 1987). Dans ce cas, le travail identitaire leur permet de garder, même dans une situation particulièrement menaçante pour leur identité sociale, une estime de soi. Depuis cette recherche fondatrice sur le sujet, d'autres travaux ont plus récemment mis en avant ce comportement de défense identitaire.

Les travaux portant sur la tenue d'un « sale boulot » (dirty work) montrent par exemple comment les individus tentent non seulement de protéger leur identité personnelle de la teinte négative de leur rôle, mais également de reconstruire une image positive associée au rôle afin de le légitimer. Sont alors étudiées les techniques de catégorisation sélectives permettant de s'éloigner des attributs identitaires négativement perçus de l'organisation (Elsbach et Kramer, 1996) ; les tactiques de narcissisme telles que le déni, la rationalisation, ou l'autoglorification, visant à regagner l'estime de soi (Brown, 1997) ; les stratégies de pondération sociale, permettant de resituer le rôle vis-à-vis de la société, et les techniques idéologiques de recadrage, recalibrage, et refocalisation de la teinte de « sale boulot » (Ashforth et Kreiner, 1999) ; les discours de distanciation entre l'individu et son rôle, afin de sécuriser l'identité personnelle (Alvesson et Sveningsson, 2003) ; les références à de puissantes institutions, telles que la loi ou l'ordre moral, afin de rendre le rôle moins négatif socialement (Dick, 2005) ; l'invocation contextuelle de multiples identités personnelles permettant de légitimer les décalages avec l'identité de rôle (Nadin, 2007) ; ou encore les tactiques narratives permettant notamment de renforcer les narrations identitaires préférées, réparer et restaurer l'image, et neutraliser le discours des autres (Lutgen-Sandvik, 2008).

Cette approche du travail identitaire, liée à la vocation initiale de la théorie du travail identitaire, est essentiellement axée sur des menaces identitaires fortes et des comportements individuels visant à revaloriser l'identité personnelle menacée. Les travaux effectués dans cette optique mettent l'accent sur le discours, souvent seule ressource de protection pour l'individu dans son comportement défensif : il s'agit alors pour ce dernier soit de se distancer du rôle, pour ne pas y être associé, soit de justifier le rôle socialement, pour rendre la distanciation moins difficile. Cette approche n'est cependant pas la seule abordant le travail identitaire comme défensif. D'autres travaux mettent en avant le cas des pressions organisationnelles à la dépersonnalisation.

7.1.2. La défense identitaire face aux pressions du rôle

Dans le prolongement de l'approche initiale du travail identitaire, des travaux se focalisent sur l'impact de situations oppressantes pour les individus, sur leur identité personnelle. Ces situations peuvent consister en des environnements de travail stricts, mais également en des contextes de changements organisationnels. Dans tous les cas, la question de la menace identitaire est bien présente, l'identité personnelle se retrouvant enfermée dans un rôle conformiste. Les individus concernés cherchent alors à se dégager des contraintes que l'on leur impose, en utilisant un travail identitaire défensif.

Les recherches portant sur des situations de travail qui empêchent l'affirmation de l'identité personnelle, envisagent le travail de protection identitaire, mais aussi d'affirmation identitaire. Dans ces situations, l'identité personnelle va parfois à l'encontre de l'identité du rôle. La littérature aborde alors l'affirmation personnelle via l'expression de convictions personnelles visant à contrôler les incertitudes du rôle (McLaughlin, 2003) ; l'exposition d'artéfacts personnels, plus ou moins légaux, lorsque le contexte de travail est dépersonnalisé (Elsbach, 2003) ; les techniques de narration et de présentation de soi permettant de sécuriser et stabiliser l'identité personnelle (Sveningsson et Alvesson, 2003) ; les stratégies de projection d'images défensives de l'identité (Ibarra et Petriglieri, 2007) ; le détournement par l'individu de ressources discursives proposées par l'organisation afin d'exprimer sa moralité identitaire en tant que manager (Clarke et al., 2009).

Des travaux portant sur le changement organisationnel, voire institutionnel, étudient les tactiques de travail identitaire mises en œuvre par les individus pour se défendre lorsque de nouvelles règles leur sont imposées. Ces tactiques, allant souvent, aussi, à l'encontre du rôle, peuvent notamment consister en la création de discours et de comportements de résistance, à partir de l'utilisation d'ironie, de satire, d'indifférence, ou de cynisme, afin de se démarquer de l'identité de rôle (Collinson, 2003) ; en des techniques narratives de réinterprétation des significations portées par les réformes, permettant de préserver l'identité personnelle (Thomas et Davies, 2005) ; en des comportements de renégociation du rôle (McDonald et al., 2008) ; en des tactiques d'internalisation et de résolution des contradictions institutionnelles, puis de transformation du rôle tenu, lui permettant d'intégrer des composants de l'identité personnelle (Creed et al., 2010) ; ou encore en des discours visant la destruction ou délégitimation de l'identité du rôle, en la délimitation de la juridiction identitaire imposée, ou plus traditionnellement en la distanciation personnelle du rôle (Lok, 2010). Ces recherches

montrent aussi, en partie, que les professionnels sont attachés à la défense de leur identité face aux réformes institutionnelles.

Cette approche du travail identitaire va également dans le sens d'une protection et d'une stabilisation de l'identité, au détriment du rapprochement avec les significations portées par le rôle. Les individus, sous la pression d'un rôle trop strict, trop brutalement imposé, ou bien trop contradictoire avec des composants identitaires préexistants, choisissent de mettre à l'abri leur identité personnelle, voire de combattre l'identité du rôle en question afin de le délégitimer ou de le renégocier.

Les approches du travail identitaire présentées ici envisagent donc le processus comme une manière de défendre l'identité à l'égard d'une identité de rôle particulièrement menaçante. Les menaces identitaires consistent soit en des rôles particulièrement stigmatisants vis-à-vis de l'identité personnelle, véhiculant des teintes de « sale boulot », entraînant une diminution de l'estime de soi ; soit en des rôles dépersonnalisants, imposés par des logiques institutionnelles parfois contradictoires, empêchant la distinction identitaire personnelle. Il s'agit alors principalement pour les individus de défendre leur identité dans l'action en utilisant des discours de distanciation à l'égard du rôle, visant à sauvegarder l'estime de soi, mais également de justification ou de réinterprétation du rôle, permettant de rendre la protection de l'identité moins difficile. Ces travaux, qui présentent l'individu comme menacé et donc en défense à l'égard de son rôle, ne sont cependant pas les seuls à évoquer le travail identitaire. D'autres recherches se détachent de cette conception du travail identitaire en proposant une vision plus évolutive de l'individu, où il choisit de s'adapter aux significations de son rôle.

7.2. Le travail identitaire comme mutation de l'identité dans le rôle

Une autre partie de la littérature présente le travail identitaire de manière différente, comme un travail de transformation de l'identité personnelle vis-à-vis du rôle. Moins menacé par le contexte, et souhaitant évoluer, l'individu ne fait pas que défendre son identité, et choisit de la modifier. Cette dynamique se retrouve dans la littérature traitant des négociations de frontières de rôle, lorsqu'il est question de micro-transitions de rôle (7.2.1), et dans la

littérature abordant les problématiques d'adaptation à un nouveau rôle, lorsqu'il est question de macro-transitions de rôle (7.2.2).

7.2.1. La négociation identitaire dans les micro-transitions de rôle

Dans l'optique d'un travail de modification identitaire, une partie de la littérature met en avant les tactiques de négociation identitaire mises en œuvre par les individus pour se rapprocher de l'identité de leur rôle, dans le cadre de micro transitions de rôle. Ces situations, bien que moins menaçantes que celles de stigmatisations ou de changements brutaux, entraînent tout de même un malaise chez l'individu, qui cherche à l'atténuer. Les travaux mettent alors en avant les problématiques de perméabilité des frontières inter-rôles (Kreiner et al., 2006b) et de fuite entre coulisses et scène (Beech et Johnson, 2005) comme potentielles sources de ces comportements de négociation. Les tactiques mises en œuvre par les individus pour y répondre varient cependant dans la littérature.

D'abord, certaines recherches envisagent le travail de négociation d'individus disposant d'une identité personnelle minoritaire, liée à une religion, un genre, ou à une appartenance sexuelle, dont la stigmatisation introduit une menace. Dans ces circonstances, les individus concernés travaillent leur identité dans un souci d'alignement avec la structure sociale, pour essayer de négocier (créer, résister, supprimer, remanier) les frontières entre leur identité personnelle et leur identité de rôle. Ce travail de négociation consiste alors en la mobilisation de discours orientés autour de normes, d'histoires, et de justifications, discours qui sont influencés par les conventions sociales, le contrôle communautaire, et les injonctions de l'organisation (Kornberger et Brown, 2007) ; en la création d'espaces d'agence individuelle dans l'utilisation de certains discours et certains attributs vestimentaires ou physiques (Essers et Benschop, 2009) ; en la dissimulation de l'identité personnelle au travers de l'adoption de discours et d'attributs physiques typiquement associés au rôle tenu (Rumens et Kerfoot, 2009) ; en le détournement de discours narcissiques (Pullen et Rhodes, 2008) ; ou encore en l'interprétation des attentes sociales, puis l'adoption discursive de différentes identités personnelles en fonction des besoins du contexte (Denissen, 2010).

Ensuite, de manière plus générale, d'autres recherches mettent en avant le travail de négociation identitaire mis en œuvre par des individus non stigmatisés, soumis à des menaces identitaires plus communes entre exigences identitaires (situationnelles) et besoins identitaires

(personnels). Les individus concernés mettent alors en œuvre des comportements visant à négocier un équilibre optimal entre leur identité personnelle et leur identité de rôle (Kreiner et al., 2006a). Cette négociation se fait à travers des techniques d'intégration de l'identité de rôle dans l'identité personnelle, et des techniques de différenciation de l'identité personnelle vis-à-vis de l'identité de rôle (Watson, 2008). Plus précisément, il peut s'agir de l'utilisation de vêtements comme outils de négociation entre différentes identités, en fonction des exigences des situations (Pratt et Rafaeli, 1997) ; de l'imprégnation de l'identité de rôle dans le travail, ou, à l'inverse, de la mise en place d'une hiérarchie entre les rôles, par exemple (Kreiner et al., 2006a) ; de la mobilisation de récits disponibles dans l'organisation, ainsi que la création de nouveaux récits, afin de moduler l'identité personnelle dans le cadre de la structure sociale (Watson, 2009) ; du développement de discussions entre l'individu et les autres membres de l'organisation (Ybema et al., 2009) ; ou encore de la prise en compte de modèles identitaires via la narration de soi, cadrée par le pouvoir disciplinaire de l'organisation (Thornborrow et Brown, 2009).

Cette approche du travail identitaire en tant que modification de l'identité personnelle met l'accent sur les comportements de négociation identitaire lors des micro transitions de rôle entre rôle personnel et rôle professionnel. Qu'il soit question d'individus stigmatisés par leur identité personnelle ou non, les recherches montrent que le travail de négociation consiste à faire évoluer les frontières entre identité personnelle et identité de rôle. Pour y parvenir, les individus adoptent des tactiques discursives ou d'arrangement physique, permettant d'invoquer des identités particulières en fonction des exigences du contexte, et de maintenir un équilibre entre les identités. Au delà de cette approche, des travaux parallèles envisagent une évolution plus profonde de l'identité personnelle dans le cadre du travail identitaire.

7.2.2. L'évolution identitaire dans les macro-transitions de rôle

Toujours dans une optique de modification identitaire, mais concernant cette fois-ci les macro-transitions de rôle, une approche de la littérature met en avant les tactiques d'évolution identitaire mises en place par les individus face aux significations portées par leur nouveau rôle. Plus ou moins menacé à l'égard de son identité personnelle, mais plutôt motivé par une volonté d'évolution, l'individu cherche à moduler, voire transformer son identité. La littérature met cependant en avant les conséquences variables vis-à-vis du rôle, les mutations

Partie III. Une étude de la transition par le travail identitaire de médecin-gestionnaire

de l'identité personnelle pouvant aller au-delà des significations du rôle, et même, dans certaines situations de fantasme identitaire, les occulter.

D'abord, une grande partie des recherches sur le sujet s'attache à expliquer le processus par lequel des individus, en macro transition de rôle, font évoluer leur identité dans le respect de l'identité de leur rôle : ils l'adaptent. Ces recherches mettent particulièrement l'accent sur les dynamiques d'interaction entre les individus et leurs interlocuteurs du système, permettant de réadapter leur identité. Sont notamment traités par la littérature les mécanismes d'identification de modèles de rôle, d'expérimentation d'identités provisoires, et d'évaluation des expérimentations, conduisant à l'authenticité personnelle et à la légitimité sociale (Ibarra, 1999 ; Ibarra et Barbulescu, 2010) ; les dynamiques de création de sens autour des activités prescrites, à partir des menus d'identités disponibles (Pratt et al., 2001) ; les techniques discursives d'adaptation (Thomas et Linstead, 2002 ; Sturdy et al., 2006) ; les tactiques discursives d'adaptation et d'opposition à la logique du rôle (Blenkinsopp et Stalker, 2004) ; l'influence des standards identitaires et des évaluations du contexte sur les identités personnelles créées (Kaufman et Johnson, 2004) ; les conversations permettant l'établissement de liens d'appartenance autour du rôle (Hardy et al., 2005) ; la gestion des impressions visant à réduire les écarts entre images professionnelles perçues et désirées (Roberts, 2005) ; les cycles interdépendants d'apprentissage identitaire et du travail, permettant la customisation de l'identité personnelle (Pratt et al., 2006) ; les stratégies d'imitation et d'acquisition contribuant à atténuer les menaces identitaires lors des transitions ainsi qu'à envisager des identités possibles (Ibarra et Petriglieri, 2007) ; les phases d'interaction discursive entre l'individu et son interlocuteur, allant du stimulus discursif au renforcement, raffinement, ou rejet identitaire (Beech, 2008 ; 2010) ; les comportements de vérification identitaire auprès des interlocuteurs (Down et Reveley, 2009) ; ou encore les mécanismes de redéfinition de l'identité personnelle stigmatisée pour rejoindre les significations portées par le rôle (Slay et Smith, 2011). Ces recherches mettent notamment en avant la capacité des professionnels à faire évoluer leur identité.

Ensuite, des recherches plus minoritaires sur cette question de l'évolution identitaire mettent en avant le comportement de transformation de l'identité personnelle mis en œuvre par des individus à l'occasion de transitions de rôle, mais aussi dans le cadre du travail quotidien. Ces comportements sont marqués par une volonté d'évolution de soi au-delà des significations que porte le rôle joué : il n'y a pas volonté d'adaptation. La littérature sur le sujet évoque alors les dynamiques de fantasme identitaire, où l'organisation peut donner la possibilité à

Partie III. Une étude de la transition par le travail identitaire de médecin-gestionnaire

l'individu d'embellir son identité en contrepartie d'une renonciation à toute forme de réclamation d'ordre pratique (Sveningsson et Larsson, 2006) ; la démonstration de signatures personnalisées d'objets consistant en des extensions de l'identité personnelle et permettant même l'expérimentation de nouvelles identités (Elsbach, 2009) ; la création d'avatars virtuels conduisant l'individu à expérimenter des situations de duplication, d'amélioration, de transformation, ou de métamorphose identitaire (Parmentier et Rolland, 2009) ; ou encore les dynamiques de jeu identitaire, visant à tester des identités pour assouvir des besoins internes, sans prendre en compte les exigences du système, entre rêve et réalité, et sans volonté d'amélioration ou d'adaptation (Ibarra et Petriglieri, 2010).

Cette seconde approche du travail d'évolution identitaire met cette fois-ci l'accent sur les comportements volontaires d'adaptation de l'identité personnelle à l'identité de rôle, voire de transformation totale de celle-ci. Se focalisant sur les macro transitions de rôle et parfois sur des situations de travail quotidiennes, cette littérature s'attache à montrer soit les processus dans lesquels les individus s'engagent pour expérimenter, faire valider, voire renforcer les identités personnelles construites en vue de répondre à l'identité du rôle ; soit les dynamiques que les individus mettent en œuvre pour imaginer de nouvelles identités personnelles, totalement détachées de leur rôle.

Ces dernières approches du travail identitaire que nous venons de présenter abordent le processus d'une manière parfois opposée à celles étudiées précédemment. Ici, les stratégies individuelles consistent, non pas en la défense d'une identité personnelle fortement menacée, mais en sa modification pour l'adapter aux exigences identitaires du rôle tenu. Bien que la menace ne soit pas aussi forte que pour des rôles stigmatisés ou uniformisants, celle-ci est toutefois présente et se manifeste soit, dans le cas de micro transitions de rôle, par des frontières de rôle dont la perméabilité est défailante et empêche le maintien d'un équilibre entre identité personnelle et identité de rôle ; soit, dans le cas de macro transitions de rôle, par un décalage trop important entre l'identité personnelle actuelle et une identité de rôle désirée mais difficilement atteignable. Il s'agit alors pour les individus en question, respectivement, soit de négocier leurs identités personnelle et de rôle permettant de construire de nouvelles frontières discursives ou physiques et ainsi créer un nouvel équilibre entre rôle personnel et rôle professionnel ; soit de faire évoluer leur identité personnelle via des processus

Partie III. Une étude de la transition par le travail identitaire de médecin-gestionnaire

d'interactions discursives, afin de se repositionner face aux significations portées par le nouveau rôle.

Comme nous l'avons vu, la littérature portant sur le travail identitaire évoque et oppose plusieurs situations et comportements de mise en cohérence de l'identité personnelle vis-à-vis de l'identité de rôle. Il peut s'agir de tactiques de préservation identitaire visant à défendre l'identité personnelle face à l'identité de rôle, et de tactiques de modulation identitaire permettant de faire évoluer l'identité personnelle face à l'identité de rôle. Les recherches mettent notamment l'accent sur le comportement identitaire variable, voire contradictoire, des professionnels dans la tenue de leur rôle, lorsqu'il est question de changement ou de transition de rôle. Il nous semble donc indispensable d'interroger le travail identitaire mis en œuvre par les médecins dans le cadre de leur transition vers un rôle de médecin-gestionnaire, afin de mieux comprendre la variété de leurs comportements. Nous posons alors la question de recherche suivante :

Question de recherche n°3 :

Au travers de quelles tactiques de travail identitaire un médecin peut-il tenir un rôle de médecin-gestionnaire ?

Pour répondre à cette interrogation théorique, nous avons choisi de poursuivre nos quatre études de cas de responsables de pôle au sein du même CHU, sélectionnées dans le cadre de notre deuxième partie. Nous avons cependant décidé de changer de méthode de recueil de nos matériaux, en optant pour l'observation, méthode qui est davantage propice à l'analyse de la manière dont les médecins utilisent leur identité au cours de l'action. Le prochain chapitre va donc avoir pour objectif de présenter et d'expliquer notre démarche méthodologique pour cette troisième étude. Nous nous concentrerons surtout sur nos choix concernant nos terrains d'observation et nos méthodes d'analyse.

CHAPITRE 8. UNE ETUDE MICRO DU TRAVAIL IDENTITAIRE DANS LE ROLE DE RESPONSABLE DE POLE AU SEIN D'UN CHU

Dans la continuité de notre étude de cas multiples et extrêmes (Yin, 2003) précédente, nous avons logiquement décidé de conserver les mêmes cas d'analyse, à savoir les responsables des pôles Couple-Enfant, Anesthésie-Réanimation, Psychiatrie-Neurologie, et Appareil Locomoteur, afin d'approfondir leurs comportements et activités de travail identitaire en action. Dans cette optique, nous avons choisi de focaliser notre attention sur une activité symbolique et représentative de leur travail quotidien, permettant l'étude du travail identitaire : la participation et l'animation de réunions de pôle. Cette activité n'a pas été sélectionnée par hasard. En effet, nous avons, d'une part, interrogé chacun des responsables de pôle étudiés quant aux activités qu'il jugeait les plus importantes et typiques dans leur rôle. Unaniment, c'est la participation aux réunions de fonctionnement de leur pôle qui est apparue comme l'activité la plus symbolique. D'autre part, nous avons opté pour ce terrain par rapport à sa pertinence envers le concept que nous mobilisons, celui de travail identitaire. En effet, les réunions en question font intervenir de nombreux participants aux intérêts variés voire opposés, et mettent en scène un responsable de pôle obligé de se positionner oralement dans les débats. De ce fait, ce contexte d'action nous a semblé particulièrement propice à l'étude du travail identitaire utilisé par le responsable de pôle pour justifier ses actes.

Nous avons donc sélectionné les réunions de pôle comme cibles de notre étude. Plus précisément, nous nous sommes concentré sur les réflexions menées par ces quatre responsables de pôle face à des sujets médico-économiques, et surtout sur la manière dont ils justifiaient leurs comportements à l'égard des autres participants – ces justifications constituant une manifestation de travail identitaire. Afin d'expliquer notre démarche, nous allons présenter dans un premier temps les différents types de réunions que nous avons choisi d'étudier dans chacun des pôles retenus (8.1), avant de détailler la méthodologie d'observation et d'analyse des matériaux pour laquelle nous avons opté (8.2).

8.1. L'étude de quatre cas de médecins en transition au cours de réunions de pôle

Dans le cadre de notre étude, plusieurs types de réunions ont été choisis comme contexte d'analyse, toujours avec comme unité d'analyse l'individu (Hlady-Rispal, 2002). Nous allons les présenter ici en apportant des précisions pour chacun des quatre pôles étudiés. Ces précisions sont indispensables puisque, bien qu'existant parfois des règles imposées par la loi et l'établissement en question, chaque pôle a développé une tradition de rencontres propre entre ses membres. De plus, les contraintes du terrain ne nous ont pas permis d'étudier tous les types de réunions existant dans chacun des pôles. Nous présentons donc successivement les types de réunions qui ont servi de base à notre travail : les réunions de bureau de pôle restreint (8.1.1) ; les réunions de bureau de pôle élargi (8.1.2) ; les réunions de conseil de pôle (8.1.3) ; les réunions de contractualisation de pôle (8.1.4) ; ainsi que les réunions de projet (8.1.5).

8.1.1. Les réunions de bureau de pôle restreint

Les réunions de bureau de pôle restreint consistent en des réunions à petit comité, regroupant uniquement le responsable de pôle, le cadre coordonnateur, le cadre administratif, et le directeur référent – même si, parfois, d'autres personnels peuvent y être conviés, en fonction des sujets d'actualité. Elles sont le plus souvent utilisées pour discuter des problématiques stratégiques du pôle, plus que des difficultés opérationnelles. Il peut par exemple s'agir de la priorisation de certaines spécialités du pôle, d'études des prévisions d'activité des unités, ou encore de réflexions sur l'optimisation des ressources du pôle. Ces réunions sont aussi utilisées par les responsables de pôle et leur équipe pour envisager des problématiques délicates, telles que le non-remplacement de certains personnels, et pour se fixer une ligne de conduite avant de les aborder au sein de réunions plus grandes.

Ces réunions ne sont pas rendues obligatoires par la loi, ni par l'établissement, mais sont reconnues par ce dernier comme des réunions de pôle officielles. Peu formelles toutefois, les pôles se les sont appropriés facilement, chacun d'eux leur donnant un intitulé différent. Par exemple, elles se nomment « directoire de pôle » pour le pôle Couple-Enfant, et « trio de pôle » pour le pôle Anesthésie-Réanimation. Ces réunions sont organisées de manière hebdomadaire dans trois des pôles étudiés, à l'exception du pôle Appareil Locomoteur qui a

choisi de ne pas les mettre en place, les considérant comme une perte de temps. Elles revêtent un caractère plus ou moins formel au sein de ces pôles. Par exemple, les responsables des pôles Couple-Enfant et Psychiatrie-Neurologie organisent ces bureaux restreints dans des salles de réunion, alors que la responsable du pôle Anesthésie-Réanimation les anime au sein de son propre bureau, autour d'une petite table. Ces réunions durent entre une et deux heures.

8.1.2. Les réunions de bureau de pôle élargi

Les réunions de bureau de pôle élargi correspondent à une version plus formelle et imposante des réunions de bureau de pôle restreint que nous venons de présenter. En plus d'intégrer les mêmes participants qu'à ces dernières, ces réunions y ajoutent les responsables des cliniques universitaires composant le pôle, les cadres de santé, et certains autres personnels spécifiquement conviés – par exemple, les pôles Anesthésie-Réanimation et Appareil Locomoteur y invitent des membres du service de contrôle de gestion. Elle regroupent généralement une vingtaine, voire une trentaine de personnes. Utilisées également pour traiter de questions stratégiques, ou simplement pour présenter la ligne de conduite fixée en bureau de pôle restreint, ces réunions permettent davantage la discussion de sujets opérationnels. Il peut par exemple s'agir de problèmes de manque de personnel dans certains secteurs, de disposition des locaux pour l'organisation des équipes, d'évolution des effectifs, ou encore de structuration des cliniques universitaires.

Pas rendues obligatoires par la loi non plus, ces réunions sont cependant exigées par l'établissement. Leur fréquence est variable selon les pôles étudiés, et sont généralement mensuelles ou bimensuelles – le pôle Couple-Enfant étant celui qui en organise au rythme le plus soutenu. Le pôle Psychiatrie-Neurologie est cependant atypique en la matière. En effet, son responsable ayant estimé que la transversalité de ces réunions n'était pas nécessaire, il a choisi de mettre en place, la plupart du temps, des réunions de bureau de pôle élargi pour chaque spécialité de son pôle, plutôt que de les regrouper. Il existe donc dans ce pôle, en alternance tous les mois, un bureau de pôle pour la psychiatrie, puis un bureau de pôle pour la neurologie. Les autres pôles étudiés n'ont pas de spécificités marquantes en la matière. Dans tous les cas, elles revêtent un caractère plus formel que les bureaux restreints. Elles sont toujours organisées dans une salle de réunion ou de cours, à partir d'un ordre du jour. Ces réunions sont les plus longues que nous ayons étudiées, puisqu'elles durent entre deux et trois heures.

8.1.3. Les réunions de conseil de pôle

Les réunions de conseil de pôle constituent, dans leur composition, une extension des réunions de bureau de pôle élargi. En effet, elles regroupent les mêmes participants, auxquels s'ajoutent cependant des personnels élus dans le cadre du pôle. Ces réunions sont donc celles faisant intervenir le plus de participants, allant jusqu'à une quarantaine de personnes, par exemple, pour le pôle Couple-Enfant. Ces réunions sont centrées sur les problématiques stratégiques du pôle. Elles en représentent même leur raison d'être, car étant directement liées à la contractualisation d'objectifs et de moyens du pôle. Ces conseils de pôle ont en effet comme vocation à la fois de présenter le bilan du précédent contrat de pôle, et d'annoncer les objectifs conclus avec la direction générale dans le cadre du nouveau contrat.

A la différence des deux précédents types de réunions présentés, ces conseils de pôle sont rendus obligatoires par la loi. Ce sont d'ailleurs les seules réunions qui le sont. Leur fréquence est faible, puisqu'elles n'ont lieu que deux fois par an – l'une devant permettre d'effectuer le suivi du contrat de pôle, l'autre étant dédiée à son bilan. Ce sont de loin les réunions les plus formelles que nous ayons étudiées. En effet, elles donnent toutes lieux à une présentation en face-à-face entre la direction du pôle et son personnel, et elles ne permettent qu'un temps très limité de discussion. Peu de variations sont à noter dans le déroulement de ces réunions, à l'exception de l'implication du responsable de pôle. En effet, à la différence des autres responsables, le responsable du pôle Couple-Enfant est le seul à ne pas participer directement à la présentation du bilan ou des objectifs du contrat de pôle – il délègue ce travail à sa cadre coordonnatrice. La durée de ces réunions est très variable allant de seulement une heure pour le pôle Couple-Enfant à près de trois heures pour les autres pôles.

8.1.4. Les réunions de contractualisation de pôle

A l'instar des bureaux de pôle restreints, les réunions de contractualisation de pôle sont des réunions à petit comité. En revanche, leur composition est étendue. En effet, en plus de faire intervenir le responsable de pôle, le cadre coordonnateur, le cadre administratif, et le directeur référent, ces réunions intègrent quelques membres de la direction générale, qui en est l'instigatrice. Sont ainsi présents : le directeur général, son adjoint, ainsi que le président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME). Aussi, des membres du service de contrôle de gestion y sont conviés. Très proches des conseils de pôle au niveau de leur objet, ces réunions

sont centrées uniquement sur le contrat de pôle. Deux types de réunions sont toutefois à distinguer : les réunions de négociation du contrat de pôle, organisées quelques semaines avant sa signature, et ayant pour objectif de procéder à d'éventuels ajustements concernant son contenu ; les réunions de signature du contrat de pôle, dont la vocation est seulement d'officialiser la négociation préalable.

Non obligatoires légalement, leur existence est cependant logique – du moins en ce qui concerne la signature du contrat de pôle. Leur fréquence est évidemment faible, puisque se basant sur le rythme des contrats de pôle. Elles n'ont donc lieu qu'une fois par an – une pour négocier le contrat, l'autre pour le signer. A l'instar des conseils de pôle, ces réunions sont également très formelles. Elles ont lieu au sein des locaux de la direction générale, dans une petite salle de réunion, autour d'une table. Les réunions de négociation peuvent donner lieu à des discussions tendues, alors que les réunions de signature ne représentent qu'une formalité. Ces réunions sont les moins longues que nous ayons étudiées, puisqu'elles ont parfois duré moins d'une heure.

8.1.5. Les réunions de projet

Les réunions de projet constituent des réunions particulières parmi celles que nous avons étudiées. En effet, elles ne sont pas spécifiques à la réforme de la nouvelle gouvernance et à la création des pôles d'activité. Elles existaient déjà auparavant. Ces réunions regroupent un nombre très variable de participants, proportionnel à la taille du projet concerné. Par exemple, l'un des groupes de projet observé fait intervenir une quinzaine de personnes, alors que l'autre n'en implique que cinq. Ces réunions de projet sont évidemment le fruit de la volonté des personnels concernés, et non d'une obligation légale ou organisationnelle. Leur fréquence est variable, en fonction des besoins de l'avancement du projet. Ces réunions sont informelles, axées autour d'échanges libres entre les différents participants, et leur durée n'excède pas deux heures.

Deux projets ont été étudiés, tous deux au sein du pôle Anesthésie-Réanimation, projets dans lesquels la responsable du pôle jouait le rôle important d'adjoint au chef de projet. Le premier groupe de projet, relatif à la création d'un Nouveau Plateau Technique (NPT) visant à regrouper en un même lieu différents équipements (blocs opératoires, matériels de radiographie...) pour la prise en charge de traumatismes lourds, est dirigé par un chirurgien.

Ce projet est un des projets les plus lourds financièrement pour le CHU, car nécessitant la construction de nouvelles structures. Le second groupe de projet, concernant l'ouverture d'une Consultation Centralisée d'Anesthésie (CCA) permettant le regroupement en un même lieu de l'ensemble des consultations préopératoires d'anesthésie, est lui aussi dirigé par un chirurgien. Ce projet est beaucoup moins coûteux que le précédent, car ne nécessitant que l'aménagement de salles de consultation. Dans tous les cas, ces réunions durent un peu moins de deux heures.

Au final, nous avons donc choisi d'étudier cinq types de réunions : des bureaux de pôle restreints, des bureaux de pôle élargis, des conseils de pôle, des réunions de contractualisation de pôle, ainsi que des réunions de projet. Nous estimons que ces réunions reflètent bien la variété des modes de gestion adoptés par chacun des pôles que nous étudions : centré sur le fonctionnement opérationnel pour le pôle Couple-Enfant (favorisant les réunions avec le personnel du pôle), orienté sur la gestion de projets pour le pôle Anesthésie-Réanimation (favorisant les réunions de projet), axé sur la recherche de solutions en équipes pour le pôle Psychiatrie-Neurologie (favorisant les réunions par discipline), et dirigé vers l'efficacité des discussions concernant le pôle Appareil Locomoteur (limitant de manière globale les réunions). Ce mode de gestion propre à chaque pôle explique pourquoi certaines réunions n'ont pu être étudiées que dans certains pôles et pas dans d'autres. Dans tous les cas, ces différentes réunions nous servent de base à l'analyse du comportement et du travail identitaire de chacun des responsables de pôle étudiés. Nous allons voir dans les prochains paragraphes la manière dont nous avons exploité ces matériaux.

8.2. Méthodologie employée pour le recueil et l'analyse des matériaux relatifs au travail identitaire et au comportement de réflexion

A partir des réunions sélectionnées dans chacun des pôles étudiés, nous avons mis en place une méthodologie d'analyse commune pour observer le comportement des responsables de pôle, ainsi que leur travail identitaire. Nous allons d'abord voir que la posture que nous avons adoptée en tant qu'observateur en réunion, est celle d'une observation non-participante

(8.2.1). Nous verrons ensuite que la démarche d'analyse que nous avons sélectionnée pour décrypter les comportements recherchés est une démarche de codage émergente (8.2.2). Nous expliquerons notamment les raisons de nos choix et les conséquences en découlant pour notre analyse.

8.2.1. L'observation non-participante de réunions : une posture d'immersion pour étudier le travail identitaire

Comme le conseillent Alvesson et al. (2008), nous avons choisi de mener notre étude du comportement et du travail identitaire des responsables de pôle à partir d'une seule méthode de collecte de matériaux : l'observation. Cette méthode nous a semblé la plus adaptée, d'abord parce qu'elle nous permettait d'aller au-delà des entretiens réalisés au cours de nos deux premières études, et donc de dépasser les discours de nos interlocuteurs. Nous considérons en effet que « *tout ne peut pas être mis en mot* » (Gavart-Perret et al., 2008), notamment lorsqu'il est question d'étudier des comportements. L'observation nous a donc permis d'accéder directement et plus précisément aux pratiques sociales des responsables de pôle, ainsi qu'au sens que ces derniers leur attribuaient (Arborio et Fournier, 2010). Ensuite, l'observation nous a semblé la méthode la plus adaptée car elle nous permettait de décrire et de comprendre des phénomènes mal connus, autant en ce qui concerne l'activité pratique d'un responsable de pôle, que son travail identitaire dans l'action. Dans la lignée de l'approche par l'activité (Engeström, 2005, et Garfinkel, 1967, cités par Gavart-Perret et al., 2008), nous considérons en effet que certaines activités a priori banales et micro – telles que la justification de comportements, dans notre cas – peuvent mettre en évidence des phénomènes plus larges – tels que la transition vers un rôle de responsable de pôle. Comme indiqué précédemment, pour appliquer cette méthode, nous avons décidé de sélectionner une activité typique de la responsabilité de pôle, a priori sujette à des demandes de cohérence identitaire pour les médecins concernés : l'animation de réunions de fonctionnement du pôle.

L'accès au terrain et le ciblage des observations

L'accès aux réunions des quatre pôles étudiés a été relativement aisé, les responsables de pôle ayant accepté rapidement, voire nous ayant spontanément proposé d'y participer. C'est le cas du responsable du pôle Couple-Enfant qui, dès notre première rencontre – au cours de notre

Partie III. Une étude de la transition par le travail identitaire de médecin-gestionnaire

première étude – nous conviait déjà à ses bureaux de pôle. A l'inverse, la responsable du pôle Anesthésie-Réanimation, semblant plus méfiante à l'égard de notre étude, n'a accepté de nous convier à ses réunions qu'un peu plus tardivement. Dans tous les cas, notre participation à ces réunions n'a pas toujours été simple, et cela pour trois principales raisons. D'abord, l'activité de réunion n'est pas de la même intensité dans tous les pôles. Ainsi, par exemple, alors que le pôle Couple-Enfant se réunit toutes les semaines, le pôle Appareil Locomoteur ne le fait que tous les mois, voire même tous les deux mois. Les délais impartis pour la réalisation de ce travail doctoral ne nous ont pas permis de prolonger davantage nos observations dans certains pôles. Ensuite, les plages de réunion sont évidemment décidées au bon vouloir de chaque pôle, indépendamment les uns des autres. Il n'est pas rare que nous ayons été contraint de choisir entre deux, voire trois réunions ayant lieu simultanément. Enfin, en tant que jeune chercheur et enseignant, il est parfois difficile de conjuguer les plannings de différentes activités : entretiens de recherche, observations de réunions, formations, cours, ateliers de recherche... Nous avons donc là aussi été contraint, parfois, de ne pas assister à certaines réunions. Pour ces trois raisons, nous avons donc parfois préféré nous focaliser sur certaines réunions jugées plus importantes par les responsables de pôle.

Dans le cadre de cette troisième étude, qui s'est déroulée d'avril 2009 à mai 2010 – certaines réunions ayant été observées, par opportunité, en parallèle de notre deuxième étude –, nous avons observé 25 réunions organisées par les quatre responsables de pôle étudiés. Plus précisément, nous avons mené 10 observations au sein du pôle Couple-Enfant : quatre bureaux de pôle restreints, quatre bureaux de pôle élargis, un conseil de pôle, ainsi qu'une réunion de signature de contrat de pôle. Le pôle Couple-Enfant étant le pôle le plus actif au niveau des réunions, il ne nous a pas été difficile d'accéder à un nombre important d'entre elles. Nous avons également réalisé 7 observations au sein du pôle Anesthésie-Réanimation : quatre bureaux de pôle restreints, un conseil de pôle, ainsi que deux réunions de projet. Le pôle Anesthésie-Réanimation ayant fortement basé son fonctionnement sur des projets, ce sont les types de réunions que nous avons souhaité privilégier dans ce pôle. En revanche, par un grand hasard, les deux réunions auxquelles nous avons assisté ont été les dernières avant plusieurs mois de mise en attente des projets concernés. Cette suspension prématurée durant notre étude nous a empêché de suivre ces projets sur la durée. Nous avons aussi observé 5 réunions au sein du pôle Psychiatrie-Neurologie : un bureau de pôle restreint, trois bureaux de pôle élargis, et un conseil de pôle. Enfin, nous avons mené 3 observations au sein du pôle Appareil Locomoteur : deux bureaux de pôle élargis et une réunion de négociation de contrat

de pôle. Ce dernier pôle étant celui organisant le moins de réunions, il nous a été difficile d'y étoffer notre étude. Au final, nos observations ont duré entre 55 minutes et 3 heures, avec une moyenne d'environ 1 heure et 55 minutes par observation. Toutes ces observations sont récapitulées en annexe de cette thèse (voir annexe n°15).

La mise en œuvre de la posture d'observation non-participante

Dès le commencement de cette étude, notre travail d'observation a consisté en un travail de prises de notes, et surtout d'attention : attention aux discours, attention aux interactions, attention aux réactions, attention aux non-dits, attention aux gestes, attention aux sujets abordés, attention aux participants... Il a notamment été très difficile d'intégrer des discussions immédiatement très techniques sans connaître à l'avance les thématiques évoquées, le vocabulaire personnel utilisé par les équipes de pôle, ou encore le rôle des intervenants. Les échanges, a posteriori, avec les acteurs rencontrés en entretien, et en particulier les responsables de pôle, la relecture de nos notes, la réécoute des réunions, ainsi que des recherches documentaires, nous ont rapidement permis de mieux comprendre les sujets évoqués en réunions et de saisir leur portée médico-économique. Progressivement, nous avons pu nous focaliser sur les comportements des responsables de pôle et organiser davantage nos observations et prises de notes. Toutefois, en dehors de cette prise de note, aucun codage n'a été fait en cours de la phase de récolte des matériaux. Avec l'accord de nos interlocuteurs, la quasi-totalité de nos observations ont été enregistrées à l'aide d'un dictaphone. Seules celles où nous n'avons pas pu demander leur autorisation ont fait l'objet d'une prise de note plutôt que d'un enregistrement – à savoir deux réunions.

Dans une logique d'observation non-participante, notre volonté a été de laisser libre court à l'action, en interférant le moins possible avec les comportements étudiés. Cependant, étant conscient de notre interférence, même faible, avec l'action, nous n'avons pas cherché à nous rendre invisible aux yeux des participants. Notre stratégie a été flexible. Soit, lors des réunions plénières, faisant intervenir de nombreux participants, nous nous sommes assis légèrement en retrait des individus (dans les derniers rangs), pour avoir une vue d'ensemble des interactions tout en n'apparaissant pas comme externe à la réunion. Soit, lorsqu'il s'agissait de réunions à comité plus restreint, nous avons tenté, au contraire, de nous intégrer discrètement autour de la table de discussion, pour ne pas paraître complètement étranger à la situation et, de ce fait, trop la perturber. Nous sommes, de toutes manières, conscient que

notre intégration dans les échanges n'a pas été neutre (Arborio et Fournier, 2010), comme en témoigne cette anecdote extrême par rapport à l'ensemble des situations que nous avons rencontrées : alors venus à deux pour observer une réunion de directoire au sein du pôle Couple-Enfant, nous avons constaté à l'arrivée que la plupart des participants étaient absents ; nous nous sommes donc retrouvés à observer les deux seules personnes présentes – le responsable de pôle et la cadre coordonnatrice – interagir à quelques mètres de nous, s'adressant parfois même directement à nous pour nous expliquer de quoi retournait les sujets qu'ils traitaient. Nous sommes également conscient que notre simple présence, même dans des réunions plus élargies, a influencé le comportement des participants. D'ailleurs, que notre présence ait été rappelée ou non, une certaine méfiance ou inquiétude pouvait parfois se lire dans le regard des participants, ayant remarqué nos prises de notes ou notre observation. Cela n'a pas empêché toutefois la richesse des interactions observées, ni la tension et la familiarité parfois présentes entre les participants lors de ces réunions.

La démarche d'observation non-participante que nous avons menée a donc requis un fort investissement de notre part, que ce soit dans l'apprentissage du comportement d'attention en réunion, autant que dans la découverte des sujets, personnes, et jargons impliqués. Les résultats issus de notre démarche sont cependant d'une grande richesse, car ce sont plus de 47 heures de réunions qui ont pu être enregistrées, soit plus de 200 pages retranscrites (voir annexe n°16 pour un exemple de retranscription). Nous allons à présent voir comment nous avons effectué le codage de ces matériaux.

8.2.2. Le codage des matériaux récoltés : une analyse mixte et intrasite du travail identitaire et du comportement de réflexion des responsables de pôle

Dans l'optique de notre étude, nous avons procédé à une analyse de contenu hybride, à la fois thématique et lexicale (Allard-Poesi et al., 2007). La dimension thématique de notre analyse a été utilisée de manière majoritaire, afin de caractériser les comportements des responsables de pôle et le sens de leurs justifications. La dimension lexicale a, elle, été utilisée plutôt à la marge concernant le travail identitaire, afin de rendre compte de certains types de vocabulaires utilisés par les responsables de pôle et traduisant leur proximité identitaire à l'égard du rôle. L'analyse lexicale est venue au service d'une analyse thématique plus

globale. Là encore, nous avons choisi de ne pas utiliser de logiciel d'analyse qualitative, pour les mêmes raisons énoncées précédemment.

Dans cette étude, notre codage des matériaux d'observation a été réalisé de manière souple et mixte, à la fois à partir de pré-codages flexibles (Miles et Huberman, 2003), et à partir de codages empiriques larges (Glaser et Strauss, 1967, cités par Miles et Huberman, 2003). L'objectif de notre étude étant de mettre en évidence les actions de travail identitaire mises en place par les responsables de pôle dans la tenue de leur rôle, notre phase de codage des matériaux a donc consisté en l'identification et l'organisation des comportements concernés. Nous avons choisi de nous focaliser sur le comportement de réflexion médico-économique des responsables de pôle, cette activité constituant l'une des attentes majeures de l'établissement à l'égard des individus étudiés. Pour cela, nous avons dû distinguer deux types de comportements : les comportements de réflexion des responsables de pôle à l'égard des sujets évoqués, et les comportements de justification qu'ils utilisent pour argumenter leur réflexion. Les premiers se réfèrent pour nous à la tenue du rôle de responsable de pôle, les seconds à leur travail identitaire en action. Afin de permettre ce codage des matériaux, un travail préliminaire a consisté à retranscrire l'ensemble des enregistrements de réunions.

L'identification de la palette des réflexions possibles face à des sujets médico-économiques comme méthode de codage souple du comportement des responsables de pôle en réunion

Au niveau du codage de la tenue de rôle du responsable de pôle en réunion, notre travail a consisté en la mise en évidence émergente des réflexions menées par les individus étudiés concernant les sujets médico-économiques. L'unité de codage choisie ici a donc été une unité de sens, nous conduisant à l'étude de phrases et de paragraphes. Plus précisément, nous avons d'abord tenté d'identifier l'ensemble des sujets abordés en réunion, ainsi, bien entendu, que leur portée médico-économique. Cette phase a été relativement longue étant donné le nombre de sujets discutés lors des réunions et leur plus ou moins grande complexité. Ensuite, notre travail a consisté à sélectionner uniquement les sujets à portée médico-économique. Nous considérons effectivement qu'il n'est pas légitime d'attendre un comportement médico-économique d'un responsable de pôle si le sujet traité ne s'y prête pas. Toutefois, au terme de cette étape, très peu de sujets ont été éliminés, la plupart d'entre eux s'inscrivant dans une démarche de gestion du pôle.

Partie III. Une étude de la transition par le travail identitaire de médecin-gestionnaire

Puis, nous avons mis en évidence les comportements des responsables de pôle au cours des discussions médico-économiques, en prenant notamment garde aux interactions avec leurs interlocuteurs. Cette étape s'est avérée particulièrement longue également, étant donné la quantité d'interactions entre le responsable de pôle et les autres participants. Enfin, notre travail a tenté de classer ces comportements en fonction de leur teneur médico-économique. Nous avons alors procédé à une pré-catégorisation intuitive et émergente, non basée sur un quelconque cadre théorique, afin de définir ce que nous entendions par « faire le responsable de pôle » et « ne pas faire le responsable de pôle » au niveau de la réflexion médico-économique. Pour cela, nous sommes partis d'un codage très simple, en identifiant uniquement deux comportements extrêmes : selon nous, le respect du rôle attendu consistait en la mise en œuvre d'une réflexion médico-économique, alors que son non-respect correspondait à une absence de réflexion médico-économique. Cependant, considérant cette délimitation trop manichéiste et pas suffisamment représentative de la variété des comportements adoptés et théoriquement possibles, nous avons choisi de la nuancer en envisageant plusieurs situations intermédiaires.

Notre catégorisation a finalement consisté en un continuum allant d'une réflexion uniquement et spontanément médicale, n'intégrant pas du tout l'aspect économique (comportement-type n°1), à une réflexion totalement et spontanément hybride, médico-économique, pesant les deux aspects, sans que personne n'intervienne pour l'y convaincre (comportement-type n°5). La première situation est donc opposée au rôle attendu, car l'individu ignore le raisonnement économique ; la seconde s'y accorde parfaitement, puisqu'il ne peut envisager le raisonnement sans cette dimension. Entre ces deux comportements extrêmes, nous envisageons plusieurs situations intermédiaires, où l'individu n'a pas spontanément pris en compte l'aspect économique dans son raisonnement. Dans ces situations, c'est un (ou plusieurs) collaborateur qui va suggérer la prise en compte de l'argument économique. Nous décrivons ces situations intermédiaires en partant de la réflexion uniquement médicale pour aller vers la réflexion strictement médico-économique. D'abord, l'individu, informé d'une raison économiquement intéressante sur le sujet évoqué, peut choisir de s'y opposer ou de l'ignorer en mettant en avant un argument médical qu'il considère comme indiscutable (comportement-type n°2). Il rejette la réflexion médico-économique. Ensuite, l'individu, informé d'une raison économiquement intéressante sur le sujet, peut ne rien décider, et laisse les autres acteurs argumenter sur les aspects économiques (comportement-type n°3). Il est neutre à l'égard de la réflexion médico-économique. Enfin, l'individu, informé d'une raison

Partie III. Une étude de la transition par le travail identitaire de médecin-gestionnaire

économiquement intéressante sur le sujet, peut choisir de l'approuver et de la discuter de pair avec l'argument médical (comportement-type n°4). Il accepte la réflexion médico-économique.

Nous avons ici considéré que le rôle de responsable de pôle était respecté dès lors que l'individu mettait en parallèle des arguments médicaux et des arguments économiques dans sa réflexion. Un rôle de responsable de pôle « idéal » pour l'organisation serait donc celui où l'individu n'a besoin d'aucune influence pour adopter un raisonnement médico-économique – il l'adopte spontanément. Au contraire, un rôle de responsable de pôle néfaste pour l'établissement serait celui où l'individu n'a aucune conscience des enjeux économiques soulevés par les sujets évoqués en réunion. La figure 12 représente un continuum incluant les cinq formes de raisonnements pouvant être adoptés par responsable de pôle – une illustration accompagne chacune d'elles. Cette catégorisation nous a permis d'analyser de manière relativement souple nos matériaux. Nous tenons à préciser que nous ne nous sommes pas focalisé sur les décisions prises car elles ne reflètent pas nécessairement le type de réflexion les ayant amenées. Par exemple, la prise d'une décision privilégiant l'aspect médical n'indique en rien que la réflexion y ayant conduit n'ait pas pesé les deux aspects. C'est donc le raisonnement effectué qui nous a importé dans cette analyse.

| Rôle de médecin | | Rôle de responsable de pôle | | |
|--|--|--|---|--|
| Réflexion uniquement médicale | Réflexion médico-économique rejetée | Réflexion médico-économique neutre | Réflexion médico-économique acceptée | Réflexion médico-économique endossée |
| <i>Ce projet est intéressant pour le patient car il favorise la qualité des soins.</i> | <i>C'est bien pour le patient. Il est inutile de se préoccuper des aspects financiers.</i> | <i>Du moment que cela permet de soigner le patient, peu importe.</i> | <i>Effectivement, ce serait bien de faire attention à nos dépenses en plus des soins.</i> | <i>Je propose de le faire car cela permet de soigner tout en réduisant nos dépenses.</i> |

Figure 12. Le continuum des modes de réflexions pouvant être adoptés par les responsables de pôle à l'égard de sujets médico-économiques

La mise en évidence de la justification des comportements comme méthode de codage souple du travail identitaire en réunion

Au niveau du codage du travail identitaire du responsable de pôle en réunion, nous avons choisi de nous concentrer sur la justification faite par les responsables de pôle à l'égard de leurs comportements de réflexion. Dans la lignée des recherches sur le travail identitaire, nous considérons en effet que la recherche de cohérence identitaire passe par la justification des actions réalisées, notamment lorsque celles-ci ne sont pas en cohérence avec la posture identitaire adoptée (voir notamment Pratt et al., 2006, concernant les violations d'intégrité entre travail et identité). Cette justification correspond à un affichage identitaire de la part de l'individu, puisque c'est à travers elle qu'il va indiquer les significations auxquelles il fait référence dans ses actes. Dans cette optique, nous avons identifié les arguments utilisés par les responsables de pôle en réunion pour parler, défendre, s'opposer sur des sujets médico-économiques de la vie du pôle. Sans adopter de règles de codage très précises a priori, nous avons décidé d'identifier de manière émergente les techniques de recherche de cohérence au sein de ces justifications.

L'unité de codage que nous avons choisie ici est également le sens, mais s'appuie en partie sur le texte. Nous avons donc utilisé à la fois des phrases, voire des paragraphes, pour comprendre le sens des justifications, mais aussi des mots pour saisir l'engagement personnel des responsables de pôle dans cet exercice de justification. Pour cela, nous sommes partis seulement avec comme base les postures identitaires repérées lors de notre deuxième étude (voir le tableau 4). Nous les avons utilisées comme des codes de référence afin d'analyser les liens que les responsables de pôle établissaient (ou non) entre leur comportement de réflexion et leur posture identité initiale. Par exemple, lorsque le responsable du pôle Couple-Enfant utilisait des arguments relatifs à la priorité du patient sur les aspects financiers, nous avons catégorisé sa justification comme un travail de défense identitaire – puisque sa posture de base correspondait à une désidentification forte à l'égard du rôle. De la même, lorsque le responsable du pôle Appareil Locomoteur utilisait des arguments relatifs à l'intérêt de l'aspect économique pour le patient, nous avons catégorisé sa justification comme un travail de défense identitaire – puisque sa posture identitaire de base correspondait à une identification forte au rôle. Notre méthode de codage pour cette étude a donc été très souple (voir annexe n°17).

| | Responsable du pôle Couple-Enfant | Responsable du pôle Anesthésie-Réanimation | Responsable du pôle Psychiatrie-Neurologie | Responsable du pôle Appareil Locomoteur |
|--|---|---|---|--|
| <i>Posture identitaire à l'égard du rôle</i> | Forte désidentification au rôle. | Identification conflictuelle au rôle. | Identification neutre au rôle. | Forte identification au rôle. |
| <i>Tenue du rôle</i> | Aménagement des exigences médico-économiques du rôle. | Respect difficile des exigences du rôle. | Respect strict des exigences du rôle. | Aménagement des exigences de transversalité du rôle. |

Tableau 4. Les postures identitaires et tenues de rôle des quatre responsables de pôle étudiés

Aussi, pour donner une vue beaucoup plus détaillée et nuancée de nos matériaux, nous avons choisi de ne pas faire une synthèse du travail identitaire réalisé par les responsables de pôle mais plutôt de mettre en évidence la variété de celui-ci, dans un souci de compréhension des comportements. Pour cela, nous avons pris le soin d'analyser chaque argument utilisé par ces individus pour répondre aux problématiques médico-économiques. Nous avons conservé ce format pour présenter nos résultats.

Pour cette troisième étude, nous avons donc choisi d'adopter une méthode de codage des matériaux plus souple que pour nos études précédentes, afin de permettre l'émergence de résultats plus enracinés dans le terrain. Comme nous l'avons vu, notre démarche n'est toutefois pas dépourvue de bases pour l'analyse : des comportements-types de réflexion ont été préconçus, et les postures identitaires des responsables de pôle utilisées pour décrypter nos matériaux. Ces différents codages nous ont permis de structurer nos résultats. Nous les expliquons à présent.

CHAPITRE 9. LE MEDECIN-GESTIONNAIRE DANS LA TENUE DE SON ROLE : UN TRAVAIL IDENTITAIRE AMBULATOIRE

Nos résultats montrent que le travail identitaire des responsables de pôle consiste en des tactiques variées qui visent aussi bien à défendre leur identité qu'à l'étendre pour évoluer avec le rôle. Ce travail identitaire accompagne la mise en place de comportements parfois surprenants par rapport à leur posture identitaire de base (identifiée dans notre deuxième partie). Dans un premier temps, nous mettons donc l'accent sur ces différentes tactiques identitaires, en les recontextualisant au sein des réflexions médico-économiques qui les font naître (9.1). Dans un second temps, nous discutons ces résultats en les replaçant dans les débats concernant le travail identitaire. Nous avançons l'argument que le travail identitaire des médecins-gestionnaires est ambulatoire, c'est-à-dire qu'il se façonne en fonction des exigences du contexte et permet l'adoption de comportements a priori incohérents avec leur posture identitaire de base (9.2).

9.1. Le travail identitaire dual des responsables de pôle faces à la réflexion médico-économique

Nos résultats mettent en avant deux tendances importantes. D'une part, les responsables de pôle adoptent tous des comportements variés face aux problématiques médico-économiques, mais surtout inattendus au vu de leur posture d'identification (identifiée en deuxième partie). D'autre part, pour justifier leurs comportements, ces responsables mettent chacun en place des tactiques de travail identitaire hétérogènes, allant de la simple défense à l'évolution de leur identité personnelle. Plus spécifiquement, nous allons voir dans les prochains paragraphes que le responsable du pôle Couple-Enfant met en œuvre des tactiques de défense et d'évolution identitaire pour à la fois rejeter, accepter et endosser les réflexions médico-économiques (9.1.1) ; que la responsable du pôle Anesthésie-Réanimation utilise ces mêmes tactiques pour à la fois rejeter, accepter, et surtout amorcer sans faire aboutir les réflexions médico-économiques (9.1.2) ; que le responsable du pôle Psychiatrie-Neurologie emploie ces tactiques pour à la fois endosser et initier des réflexions médico-économiques (9.1.3) ; que le responsable du pôle Appareil Locomoteur adopte ces tactiques pour à la fois endosser et

négoier les réflexions médico-économiques (9.1.4). Un exemple est donné pour chaque type de comportement. Les autres se trouvent en annexe de cette thèse (voir annexe n°18).

9.1.1. Le responsable du pôle Couple-Enfant face à la réflexion médico-économique : de la défense à l'évolution identitaire

Le responsable du pôle Couple-Enfant, théoriquement, serait amené, pour défendre sa posture identitaire – de désidentification à l'égard de son rôle (identifié lors de notre deuxième partie) –, à adopter des modes de réflexion prenant uniquement en compte les aspects médicaux des problèmes de son pôle, et à combattre activement les arguments gestionnaires. Or, comme nous allons le voir, ce n'est pas systématiquement le cas, au contraire. En effet, il rejette parfois, mais aussi et plus fréquemment accepte et endosse les réflexions médico-économiques. Ce comportement inattendu est accompagné successivement par des tactiques de défense et d'adaptation identitaire.

Le responsable du pôle Couple-Enfant en rejet de la réflexion médico-économique : un travail de défense identitaire

En cohérence avec à sa posture de désidentification, le responsable du pôle Couple-Enfant emploie parfois des modes de réflexion uniquement médicaux pour analyser les projets de son pôle. Il rejette alors la réflexion médico-économique en déployant un travail d'affirmation et de renforcement identitaire, visant à défendre sa désidentification à l'égard du rôle. Nous prenons ici un exemple de ce comportement, permettant d'analyser le travail identitaire qui lui est associé : celui de la mutualisation des coursiers du CHU.

Le projet de la création d'une fonction courses est à l'initiative de la direction générale de l'établissement. Il consiste à regrouper tous les coursiers présents au sein des pôles afin de constituer une équipe commune, intervenant à la demande des équipes médicales et soignantes. Ce projet vise notamment à remédier à un problème d'iniquité, remarqué par la direction, dans la répartition des coursiers au sein des pôles (certains en bénéficiant davantage que d'autres). Le pôle Couple-Enfant est directement visé puisque la direction estime que celui-ci avait été sur-doté en termes de coursiers par rapport aux autres pôles. Le médecin responsable s'avère cependant dubitatif par rapport à ce projet, et cela dès la première réunion

Partie III. Une étude de la transition par le travail identitaire de médecin-gestionnaire

que nous observons. Bien qu'envisageant l'aspect financier, il le considère comme périphérique par rapport aux problématiques médicales qu'il soulève. Selon lui, le projet mérite d'être testé dans le fonctionnement quotidien des équipes avant d'être adopté. Cette condition est posée comme un impératif, dont la signature du contrat de pôle dépend. Bien qu'adoptant une réflexion médico-économique, celle-ci est succincte. Le responsable de pôle confère aux enjeux économiques une importance marginale.

« Je suis sensible à cet argument mais à la fois je n'y suis pas sensible. Nous sommes un pôle appartenant à un établissement. Avant tout, notre objectif est que la fonction courses marche. Alors si on joue le jeu de la patate chaude... Le problème des coursiers est difficile à gérer. Et [si] on passe la patate chaude à l'hôpital dans son ensemble et que l'hôpital est soumis au même problème de gestion, cela va coûter à l'hôpital au lieu de coûter directement au pôle Couple-Enfant [...]. Donc je ne veux rendre les postes qu'après une période de rodage où on voit si ça marche. Si ça ne marche pas, je refuserai de signer le contrat de pôle qui nous dit de rendre ces postes. » [Bureau de pôle restreint du 10/04/09]

Quelques mois plus tard, nous constatons lors d'une autre réunion que le responsable de pôle n'est pas parvenu à empêcher ce projet de mutualisation de se mettre en place. Les équipes soignantes lui font remonter les problèmes de fonctionnement rencontrés avec la fonction courses. Conscient de ces difficultés, le responsable de pôle s'oppose de nouveau à cette mutualisation. Il prend la décision de demander à la direction la création d'une fonction courses propre à certaines unités du pôle. Cette fois-ci, sa réflexion ne prend pas en compte les enjeux financiers du projet. Sa décision devient purement médicale.

« Je reformule le problème. Actuellement, nous sommes dans une situation de crise, et le protocole courses est clairement inadéquat, dépassé, et génère une insécurité. On demande, en attendant que les choses soient prises en compte, soient mises en place, que les urgences et la réanimation pédiatriques soient extraites de ce secteur avec la mise en place d'une fonction courses spécifique. » [Bureau de pôle élargi du 20/11/09]

L'année suivante, le responsable de pôle fait part au personnel, lors d'une nouvelle réunion, de l'avancée de la discussion avec la direction. Ayant pris part au groupe d'évaluation de ce projet, il les informe que son combat se poursuit, puisqu'il a fait prendre conscience aux membres de ce groupe des difficultés de fonctionnement sur le terrain. Il raconte quelques anecdotes concernant ces dysfonctionnements, d'un point de vue strictement médical. Ses critiques portent alors sur le manque de compréhension administratif des contraintes du

Partie III. Une étude de la transition par le travail identitaire de médecin-gestionnaire

terrain. Il réaffirme son opposition à cette mutualisation par un potentiel refus de signature du prochain contrat de pôle avec la direction. Là encore, le responsable de pôle se positionne dans une réflexion uniquement médicale. Par son argumentation, il renforce et défend donc sa posture identitaire.

« J'ai été questionner la principale protagoniste [...]. Le groupe d'évaluation de la fonction courses continue son travail. Et j'ai réagi auprès de ce groupe lors du dernier compte-rendu, pour dire que j'étais pas complètement d'accord avec ses conclusions. Puisque dans les conclusions, ils avaient dit « le personnel de courses dédié à l'hôpital Couple-Enfant sera reversé sur le personnel de courses commun à tous les CHU ». Je suis pas d'accord puisque ceci n'était assorti d'aucune réflexion sur « en quoi ça solutionnerait le problème auquel nous sommes confrontés ». Donc je m'y suis opposé. On a eu une nouvelle réunion [...] et elle est tombée d'accord avec moi, elle a dit « effectivement, pour l'instant c'est pas un dossier qui est conclu ». Et on a donc décidé de temporiser au moins jusqu'à l'arrivée du pneumatique à l'hôpital Couple-Enfant, qui est prévue pour mai ou juin. [...] On ne peut pas rendre des personnels sans que ça soit avalisé dans le contrat de pôle. Et clairement, je ne signerai pas un truc comme ça. » [Bureau de pôle élargi du 19/03/10]

Ce projet de mutualisation est l'illustration la plus marquée de la posture de défenseur médical adoptée par le responsable du pôle Couple-Enfant. Il est en accord total avec, et renforce la posture identitaire affichée en entretien (lors de notre deuxième partie), à savoir la désidentification vis-à-vis du rôle : il combat une décision médico-économique prise par la direction.

En premier lieu, le responsable du pôle Couple-Enfant utilise donc des tactiques de renforcement identitaire pour défendre sa désidentification à l'égard du rôle, et ainsi appuyer ses comportements de rejet médico-économique. Bien qu'accessoire a priori, ce travail identitaire lui permet d'assurer la cohérence entre réflexions strictement médicales et sa posture de défenseur des soins. Ce n'est cependant pas l'unique forme de travail identitaire que ce responsable de pôle emploie. Ses comportements d'acceptation de la réflexion médico-économique en sont la démonstration.

Le responsable du pôle Couple-Enfant en endossement de la réflexion médico-économique : un travail d'évolution identitaire

Étonnement, car a priori contraire à sa posture identitaire de représentant des intérêts médicaux du pôle, le responsable du pôle Couple-Enfant adopte le plus souvent et de manière spontanée, une véritable réflexion médico-économique. Dans ces situations, il n'est pas seulement l'instigateur de cette réflexion, il en est même parfois le défenseur vis-à-vis des contestataires. Pour rendre cohérent ses comportements, il emploie des tactiques d'adaptation identitaire lui permettant d'incorporer l'aspect économique à sa posture médicale. On pourrait parler d'extension identitaire : il ne modifie pas radicalement son identité, il l'élargit simplement pour y intégrer de nouvelles significations. Plusieurs projets et sujets illustrent ce type de comportements et le travail identitaire qui lui est associé. Nous développons un exemple typique ici : la question de la capacité d'hospitalisation en unité kangourou.

L'unité kangourou est une unité de la clinique universitaire de médecine néonatale et de réanimation pédiatrique, dans laquelle sont placés ensemble, mères et enfants. Depuis quelques mois, les cadres de santé font remonter des difficultés concernant les capacités d'hospitalisation au sein de cette unité, les enfants y restant parfois trop longtemps pour permettre d'accueillir de nouveaux patients. La cadre coordonnatrice envisage spontanément le recrutement de personnels pour faire face à cette hausse d'activité. Le responsable de pôle perçoit, lui, dans cette problématique, une question d'organisation de la capacité d'accueil. Selon lui, l'intérêt pour les mères et leur enfant est surestimé, et les équipes soignantes concernées ne prennent pas suffisamment en considération les contraintes organisationnelles de l'unité. Sans éliminer la dimension médicale de sa réflexion, le responsable de pôle considère que l'aspect organisationnel est à valoriser, et les transferts de patients vers d'autres unités à envisager. Cette réflexion n'est cependant pas incohérente avec sa ligne de conduite en tant que « responsable médical » de pôle, puisqu'elle intègre l'intérêt médical comme objectif (celui de pouvoir accueillir de nouveaux patients).

« Il faut veiller à être bien cohérent sur tous les aspects. On a dit que cette augmentation de l'activité de l'UK [Unité Kangourou] était problématique, qu'elle résultait en partie d'un mésusage. On est d'accord ? C'est-à-dire que la durée de séjour des enfants dans l'unité kangourou est trop prolongée [...]. On le fait dans une volonté de favoriser la relation entre les mères et les enfants malades. Et du coup, ce qui nous amène à prolonger la période d'hospitalisation des femmes pendant que leur enfant est en unité kangourou [...]. Et on a dit

Partie III. Une étude de la transition par le travail identitaire de médecin-gestionnaire

« ça pose problème parce que ça augmente la durée moyenne de séjour en unité d'hospitalisation maternelle et ça diminue les capacités d'accueil de l'unité kangourou ». Donc on va essayer de revenir à un fonctionnement en unité kangourou plus adapté à nos possibilités. On va essayer de mieux faire pour essayer de limiter les durées d'hospitalisation, en tous cas pour les mères, qu'au nécessaire. » [Bureau de pôle restreint du 13/10/09]

Sur cette même problématique, le responsable de pôle préconise à la cadre coordonnatrice et aux soignants concernés d'argumenter leurs propositions de recrutement, s'ils souhaitent poursuivre cette piste de solution. Selon lui, cette argumentation doit prendre en compte les organisations utilisées par d'autres établissements afin de réaliser des comparaisons de fonctionnement, mais aussi faire référence aux gains ou pertes d'activité occasionnés par leurs pistes de réflexion. Là aussi, le responsable de pôle adopte une réflexion médico-économique, sans pour autant transformer sa posture identitaire. L'intérêt médical reste l'argument majeur.

« Alors moi je dis toujours, si vous voulez défendre de façon [pertinente], il faut nous donner des éléments de comparaison. Si les effectifs de la maternité de notre établissement sont très inférieurs aux effectifs des maternités de même taille, voilà... c'est un argument qui est pris en compte. Ce sont des éléments à nous apporter. Si par contre c'est excédentaire, et bien il faut justifier en quoi cette demande [viendra aider l'UK]. Mais, disons que, moi je trouve que notre discours doit être transparent. On est là pour avancer. Donc je vous demande svp de jouer en transparence. On le fait. Tous les points de repère sont importants. Merci de les donner. » [Bureau de pôle restreint du 13/10/09]

Quelques mois plus tard, la problématique des durées de séjour en unité kangourou revient à la discussion. Selon le responsable de pôle, la situation n'a pas évolué parce que les soignants concernés n'ont pas modifié leur raisonnement : ce dernier demeure strictement médical, les soignants cherchant à favoriser à tout prix la relation mère-enfant. En pointant ce fait, le responsable de pôle ne se montre cependant pas en opposition avec ce type de comportement médical visant à privilégier le patient. Au contraire, il explique le comprendre. Toutefois, il considère que deux aspects sont à prendre en considération dans ce type de fonctionnement. D'abord, l'aspect médical, qu'il avait déjà expliqué lors de la précédente réunion évoquée : si les patients restent trop longtemps hospitalisés sans en avoir besoin, ils empêchent la prise en charge de nouveaux patients. Ensuite, l'aspect économique, qu'il n'avait jusque-là pas pris en considération sur cette problématique : si ces patients bloquent l'arrivée de nouveaux couples mère-enfant, ce sont des possibilités de valorisations financières qui sont manquées par le

Partie III. Une étude de la transition par le travail identitaire de médecin-gestionnaire

pôle. Il évoque une « *dérive humanitaire* » pour caractériser cette situation. Là encore, en laissant apparaître l'intérêt médical comme justification première de son choix et en intégrant l'aspect économique comme outil, il rend son comportement cohérent avec sa posture identitaire.

« C'est un problème qu'on soulève depuis au moins un an. Nous sommes au cœur de données contradictoires. D'un côté, on essaye de valoriser autant que faire se peut la présence des mères auprès de leurs gamins. Ça, c'est bien. D'un autre côté, il faut bien savoir que le séjour prolongé en unité kangourou, qui a pour conséquence le maintien de façon prolongée en hospitalisation des mères, alors même qu'elles n'ont plus de raison d'être hospitalisées, n'est pas favorisé économiquement. N'est pas favorisé dans le cadre de valorisation. On se tire une balle dans le pied ! [...]. Donc si vous voulez, ce qui m'embête dans ce truc, c'est que l'année dernière on avait quand même clairement pointé une dérive trop humanitaire au dépend de l'ouverture des locaux sur d'autres activités. Clairement, il nous a été dit que ce maintien des femmes de façon prolongée était un facteur limitant pour d'autres hospitalisations dans ces mêmes lieux [...]. Je connais bien les professionnels du secteur. C'est très bien, c'est un des ressorts de l'attachement des professionnels à leur activité, ils sont tous engagés, ils ont tous l'impression qu'ils font très bien. Ils sont très utiles aux enfants, à leurs parents, et à leurs mères en particulier. Et ils sont persuadés que la porte d'à côté ça sera un peu moins bien. Je pense qu'il faut quand même essayer de temporiser ça. »
[Bureau de pôle restreint du 02/03/10]

Dans cette logique, il conserve l'idée de réorganisation qu'il avait d'ores et déjà proposée au cours de la précédente réunion : pour lui, il faut transférer les enfants vers d'autres unités et suspendre l'hospitalisation des mères. Pour justifier cette décision, il insiste de nouveau sur l'intérêt médical : l'accueil de nouveaux patients. En ce sens, la décision médico-économique prise ne vient pas remettre en question sa ligne de conduite. L'aspect organisationnel est pris en compte pour favoriser, en partie la dimension économique, et surtout, au final, le patient.

« De temps en temps, quand on sera en manque de place, il faut quand même accepter de faire sortir les mères et de faire revenir les enfants dans des unités d'hospitalisation néonatale classiques, avec des mères qui viennent la journée entre 8h du matin et 8h du soir, puis qui se reposent chez elles en attendant [...]. Il faut faire sortir les mères ! Il faut faire sortir les mères. [En haussant le ton, détachant bien les mots] Il faut faire sortir les mères ! C'est pas parce qu'on a une unité kangourou qu'il faut que ces mères restent 20 jours à côté

Partie III. Une étude de la transition par le travail identitaire de médecin-gestionnaire

de leur gamin ! [...] Donc, nous devons être obligés, je suis désolé, d'être plus rigoureux, et de dire « ben, passé 4-5 jours, quand la maman peut sortir, et ben elle sort, et viendra s'occuper de son enfant en néonate ». Nous n'avons pas le droit de refuser des femmes en médecine. On n'a pas le droit de ne pas accueillir des patients qui se présentent à la porte. »
[Bureau de pôle restreint du 02/03/10]

Ce questionnement autour de la capacité d'hospitalisation en unité kangourou montre que le responsable du pôle Couple-Enfant adopte un mode de raisonnement médico-économique, qui ne l'empêche pas de conserver une posture identitaire de désidentification. Toutefois, il utilise un travail d'adaptation identitaire afin de retrouver une cohérence avec son comportement. De cette manière, son raisonnement gestionnaire n'est là que pour servir ses priorités cliniques en tant que « responsable médical » de pôle.

Le comportement du responsable du pôle Couple-Enfant face à ces questions d'activité montre qu'il a bel et bien adopté un mécanisme de raisonnement médico-économique, qu'il souhaite transmettre à ses équipes. Ses arguments pour justifier ce type de raisonnement demeurent axés autour de la défense des objectifs médicaux, auxquels il ajoute des matériaux économiques. Ainsi, il ne fait qu'aménager à la marge son identité pour continuer avec cohérence son combat avec la direction.

Au travers de ces exemples, nous avons montré comment le responsable du pôle Couple-Enfant utilise successivement des tactiques de défense, plus ou moins actives, ainsi que d'adaptation identitaire, lui permettant de rendre cohérent ses comportements respectifs de rejet, d'acceptation, puis d'endossement de la réflexion médico-économique. Etant donné le fort accroissement dans la durée des comportements d'endossement, et des modes d'adaptation identitaire associés, nous pouvons suggérer que ce responsable de pôle est dans une démarche d'évolution vers une identité plus souple de médecin-gestionnaire.

9.1.2. La responsable du pôle Anesthésie-Réanimation face à la réflexion médico-économique : une défense identitaire limitant l'évolution

La responsable du pôle Anesthésie-Réanimation, étant donné sa posture identitaire conflictuelle à l'égard de son rôle (identifiée dans notre deuxième partie), pourrait être amenée à prendre des décisions contradictoires, c'est-à-dire privilégiant tantôt les aspects médicaux, tantôt les dimensions économiques des mêmes projets. Bien que ses comportements en réunion soient parfois plus variés et tranchés que prévu, rejetant ou endossant totalement certaines réflexions médico-économiques, elle demeure très souvent confrontée à des situations de malaise, conflictuelles, où ses arguments médicaux et économiques s'opposent, et empêchent la progression des démarches gestionnaires. Nous allons tenter de comprendre comment cette posture identitaire difficile est maintenue au travers de techniques de défense identitaire, et comment cette posture est remise en question au travers de stratégies d'adaptation identitaire.

La responsable du pôle Anesthésie-Réanimation en arbitrage de la réflexion médico-économique : un travail d'évolution identitaire

La responsable du pôle Anesthésie-Réanimation met en œuvre certains raisonnements médico-économiques tranchés concernant les projets de son pôle. Ces raisonnements sont cependant exceptionnels. Il s'agit alors soit de rejets, soit d'endossements médico-économiques. Pour chacun de ces comportements, elle emploie une stratégie d'adaptation identitaire, dans laquelle elle sélectionne une partie de son identité pour occulter l'autre. Nous prenons ici un exemple caractéristique de ces types de comportements : celui du projet de trauma centre pour illustrer un rejet.

Le projet de trauma centre est un projet transversal entre les activités d'urgences et de réanimation, consistant en la prise en charge spécialisée des traumatismes physiques. Il est caractéristique du rejet total de la réflexion médico-économique. Porté et proposé par la responsable du pôle Anesthésie-Réanimation depuis de nombreuses années, ayant été inscrit au programme des trois derniers projets d'établissement du CHU, ce projet est toujours en cours d'étude. Au moment de nos observations, un aspect particulier est traité : celui de l'organisation spatiale de ce centre. A ce sujet, la responsable de pôle se montre intransigente sur le lieu de regroupement des activités du centre. Selon elle, pour des raisons médicales

Partie III. Une étude de la transition par le travail identitaire de médecin-gestionnaire

critiques, il est nécessaire de rassembler ces activités au sein d'un même étage afin de pouvoir garantir la survie de certains patients. Le directeur référent estime cependant, qu'étant donné les contraintes de locaux du CHU, ce regroupement ne sera pas possible. La responsable de pôle défend son argument médical, en précisant qu'il doit être prioritaire par rapport aux enjeux de gestion. Son raisonnement strictement médical et son rattachement au personnel du pôle (« *pour nous* ») montre qu'elle a opté pour l'activation d'une seule partie de sa posture identitaire – la forte désidentification à l'égard de son appartenance à la direction. L'occultation de l'autre dimension identitaire – la forte identification aux enjeux médico-économiques – lui permet de rejeter sans incohérence la dimension financière.

« Mais vous êtes toujours en train de dire « il faut pas se focaliser pour un lieu ». Pour nous, la prise en charge d'un traumatisé grave, si c'est pas à côté de la radio, s'il y a un scanner, il y a aussi une angiographie, donc ça ne peut être qu'au rez-de-chaussée haut. Quand vous avez un trauma du bassin qui saigne la rage, et qu'il faut emboliser, et bien il faut qu'on soit à côté de l'angiographie. C'est quand même simple ! Alors c'est des patients jeunes, c'est des patients qui coûtent cher... Mais c'est une perte de chance pour eux. C'est une perte de chance pour le patient ! » [Bureau de pôle restreint du 18/11/09]

Pour défendre sa vision du projet, elle insiste sur la domination illégitime des enjeux financiers sur le soin au patient. Selon elle, si le projet n'avance pas, c'est qu'il n'est pas accompagné de suppressions de postes massives. Elle considère que ce type de décision est l'unique préoccupation de l'établissement. Elle fait alors référence à un autre pôle dans lequel des décisions médico-économiques lourdes ont été prises pour faire avancer un projet, sous-entendant qu'elle juge ces décisions inacceptables du point de vue des soins. Elle sélectionne là encore sa posture identitaire d'opposition à l'égard de la direction (qu'elle caractérise par « *on* »), en montrant son incompréhension vis-à-vis des décisions que cette dernière prend (elle s'énerve et critique ouvertement le directeur référent présent devant elle).

« Sauf que nous on n'est pas comme le pôle Biologie. On supprime pas 50 postes. Voilà. Donc s'il y a que ça qui compte, c'est comme la restructuration des plots... c'est n'importe quoi ! Ok, d'accord, on s'occupe du patient. D'un seul coup, on s'en occupe ! On s'en occupe parce qu'on le fait payer le patient ! Ce qui est important dans cette maison c'est que quand ça rapporte ! Le reste... » [Bureau de pôle restreint du 18/11/09]

La responsable de pôle affiche également son incompréhension à l'égard de la direction concernant la priorisation de projets beaucoup plus coûteux. Selon elle, certains de ses projets

sont contestables au niveau de leur utilité et urgence médicales. Là aussi, elle sélectionne une identité pour défendre en cohérence son comportement : son argumentation est uniquement médicale et vise à remettre en question la légitimité des décisions médico-économiques prises par la direction.

« Par contre, on nous parle jusqu'en 2018, les plots, avec un chiffre des dépenses astronomique ! Bon, nous on nous dit qu'on n'a même pas l'argent du nouveau plateau technique, on nous présente des trucs pharaoniques... Des concepts, des machins... En termes d'affichage, c'est intéressant, mais alors... » [Bureau de pôle restreint du 18/11/09]

La responsable du pôle Anesthésie-Réanimation n'adopte donc pas, concernant le projet de trauma centre, un raisonnement médico-économique. Bien au contraire, elle le critique, ainsi que la logique plus globale utilisée par la direction pour mettre à égalité des arguments médicaux et gestionnaires. Elle priorise fortement ici sa posture de désidentification à l'égard de la direction. Elle occulte l'autre pour rendre son raisonnement cohérent. Il s'agit donc bien ici d'une adaptation identitaire.

Les comportements de choix tranchés – rejet ou endossement de la réflexion médico-économique – sont donc possibles chez la responsable du pôle Anesthésie-Réanimation. Toutefois, comme nous l'avons vu, ils nécessitent de sa part une adaptation identitaire, par la sélection ou priorisation d'une dimension de son identité, lui permettant de justifier son comportement avec cohérence – l'autre dimension étant occultée pour sauvegarder cette cohérence. Ce type de comportement est cependant restreint. En effet, la plupart de nos observations montrent une réflexion beaucoup plus en lien avec sa posture identitaire conflictuelle.

La responsable du pôle Anesthésie-Réanimation en inachèvement de la réflexion médico-économique : un travail de défense identitaire

Dans la logique de sa posture identitaire conflictuelle, la responsable du pôle Anesthésie-Réanimation est la plupart du temps amenée à adopter des réflexions ambiguës où arguments médicaux et économiques s'affrontent. Ces situations sont effectivement fréquentes dans les réunions que nous avons observées, et révèlent un travail de défense identitaire intense, source de malaise pour la responsable de pôle. Nous présentons ici une illustration type de

Partie III. Une étude de la transition par le travail identitaire de médecin-gestionnaire

cette réflexion médico-économique duale et du travail identitaire qui lui est associé : celle concernant le projet de Consultation Centralisée d'Anesthésie (CCA).

Le projet de CCA est un projet initié depuis quelques années par la responsable du pôle Anesthésie-Réanimation avec le responsable de la clinique universitaire d'anesthésie. L'objectif de ce projet est de regrouper l'ensemble des consultations d'anesthésies effectuées en vue des interventions chirurgicales, dans un même lieu, afin d'optimiser l'organisation des médecins (les consultations étant, jusque-là, réalisées en fonction des plannings des interventions). Ce projet ne requiert pas de moyens humains supplémentaires, mais quelques travaux au niveau des locaux réservés à ce titre par le pôle. Après plusieurs études médico-économiques, le projet est maintenant en attente d'une validation par la direction. Lors d'une réunion, le directeur référent informe la responsable du pôle que le projet n'est pas avalisé. La direction lui demande de justifier précisément, et de manière actualisée, les avantages pour chaque acteur concerné par le projet : les patients, les anesthésistes, les chirurgiens et l'établissement. Surprise par cette décision, la responsable de pôle refuse radicalement de construire de nouveau un argumentaire pour défendre le projet. Selon elle, une démonstration médico-économique supplémentaire de la validité du projet est inutile, et cela d'autant plus que des salles de consultations sont déjà mises à disposition dans ce cadre. Bien qu'ayant été médico-économique (des études ont été effectuées), la réflexion menée ici par la responsable de pôle rejette l'aspect organisationnel et financier demandé par la direction.

« Moi, je baisse les bras ! Je vous le dis franchement. Parce qu'on a déjà fait 2 études médico-économiques. Si c'est pour relancer une étude médico-économique... Moi je n'en peux plus. Je baisse les bras. S'il ne faut pas faire de travaux, et s'il faut voir en consultation les patients derrière un paravent, comme on m'a dit au conseil exécutif... On a 2 immenses salles qui vont servir à quoi ? On va mettre 3 malades dans cette salle ouverte... » [Bureau de pôle restreint du 03/03/10]

Pour contester la décision de la direction, au delà de la répétition du travail à effectuer, la responsable de pôle fait également référence aux problématiques de terrain, et précisément aux difficultés rencontrées par un personnel soignant en hospitalisation ambulatoire, pour lequel le projet de CCA constituerait une amélioration dans ses conditions de travail : sélectionnant la dimension de désidentification à l'égard de la direction, elle choisit donc de se rattacher au personnel du pôle pour justifier son positionnement. C'est donc un argument

Partie III. Une étude de la transition par le travail identitaire de médecin-gestionnaire

uniquement médical qui est choisi par la responsable de pôle. Par cet intermédiaire, elle rend sa décision de rejet cohérente.

« On va pas se relancer encore dans des études pour ne pas aboutir. Bon, ou on le fait correctement ou on fait pas. Je vous signale que tous les projets qu'on fait dans cet hôpital, ce sont des projets à minima. Je me permets de vous dire qu'il y a quelqu'un qui va très mal, c'est quelqu'un qui est à l'HA, qui travaille dans des conditions pas possibles et qui en a ras la casquette, qui est pas loin du burnout complet... On vient tous me dire « il faut que tu la vois », mais moi je peux pas... je peux pas grand chose, hein [...]. Moi je vais pas m'empêcher de dormir toutes les nuits pour des projets qu'on n'arrête pas de faire et qui aboutissent pas. » [Bureau de pôle restreint du 03/03/10]

Cette réflexion est poursuivie par la responsable de pôle, quelques minutes plus tard, lors d'une réunion avec les autres acteurs du projet de CCA. Porteuse à ce moment-là de l'annonce qui a été faite quelques minutes plus tôt par le directeur référent, la responsable de pôle explique aux participants les raisons du refus de la direction. Rejetant toujours l'engagement dans une nouvelle étude médico-économique, elle met cependant en avant les possibilités d'ajustements qu'elle serait prête à faire concernant l'organisation des locaux dédiés au projet. Son argumentation devient donc, partiellement, médico-économique, sans travail identitaire particulier.

« Alors, on nous dit [...] qu'il faut un minimum de travaux. Donc on pourra en rediscuter. Moi, je vois pas comment on peut occuper ces lieux sans travaux. On en discutera pour que ça coûte le moins cher possible. » [Réunion de projet CCA du 03/03/10]

Persistant dans cette réflexion, la responsable de pôle reprend finalement sa posture d'identification forte aux enjeux médico-économiques. Elle explique alors l'avantage organisationnel et financier du projet au niveau de l'optimisation des ressources qu'il permettrait. Son raisonnement devient donc progressivement, dans cette discussion, médico-économique. Toutefois, dans cette même argumentation, elle refuse, là encore, d'endosser ce raisonnement auprès des chirurgiens : sa posture de désidentification forte à l'égard de la direction est de nouveau activée (« *c'est pas moi-même qui vais en parler aux chirurgiens !* »).

« En sachant que comme les consultations actuellement sont faites dans les services de chirurgie, il y aurait pu avoir une certaine redistribution des moyens à partir des services de

chirurgie. Mais c'est pas moi-même qui vais en parler aux chirurgiens, ça, c'est [le directeur général] ! » [Réunion de projet CCA du 03/03/10]

La responsable du pôle Anesthésie-Réanimation se situe là encore dans une réflexion médico-économique ambiguë et partielle. Bien qu'ayant accepté ce raisonnement auparavant, et l'endossant spontanément au cours de l'action, elle se refuse non seulement à s'engager de nouveau dans une étude de ce type, mais également à diffuser ce raisonnement auprès des équipes impactées par le projet. Son identité conflictuelle est maintenue dans l'action par l'affichage des difficultés qu'elle rencontre et son désengagement des décisions. Par ce renforcement identitaire, elle refuse d'assumer totalement la réflexion médico-économique.

Au final, la responsable du pôle Anesthésie-Réanimation défend donc fortement son identité au cours des réunions. Bien que parvenant parfois à s'en détacher, en adaptant et sélectionnant une dimension particulière d'identification qui lui permet de trancher ses réflexions, elle tente le plus souvent de reproduire et renforcer son identité conflictuelle. Ce travail identitaire, bien que plutôt favorable à la réflexion médico-économique, la limite cependant, et révèle les grandes difficultés qu'elle a pour focaliser son raisonnement. Ses arguments donnent donc de la cohérence à ses actes, mais les actes entre eux sont parfois incohérents.

9.1.3. Le responsable du pôle Psychiatrie-Neurologie face à la réflexion médico-économique : une défense identitaire ponctuée d'évolutions

Le responsable du pôle Psychiatrie-Neurologie, étant donné sa posture d'identification neutre à l'égard de son rôle (identifiée au cours de notre deuxième partie), n'a, a priori, aucun intérêt à refuser la réflexion médico-économique, ni même à la promouvoir. Théoriquement, il est enclin à respecter à la lettre ce qui lui est demandé. Au-delà de nos attentes, les réunions observées dans ce pôle mettent en évidence un comportement très homogène et favorable de la part de ce responsable : plus que l'acceptation, c'est l'endossement total de la réflexion médico-économique, allant parfois jusqu'à l'instigation du raisonnement. Nous allons voir que ces comportements ne sont toutefois rendus possibles qu'à travers un travail de défense et parfois d'adaptation identitaire lui permettant de justifier les dépassements.

Le responsable du pôle Psychiatrie-Neurologie en endossement de la réflexion médico-économique : un travail de défense identitaire

Dans la plupart des réunions observées, le responsable du pôle Psychiatrie-Neurologie endosse complètement la réflexion médico-économique, proposant spontanément des solutions aux problèmes évoqués. Afin d'appuyer et de rendre cohérent ce type de comportement, le responsable de pôle emploie uniquement un travail de défense identitaire, relativement passif, en s'écartant personnellement des réflexions qu'il mène. Nous illustrons ces tactiques au travers d'un exemple typique : celui relatif au dépassement des effectifs du pôle.

Le pôle Psychiatrie-Neurologie constitue, lors de notre analyse, l'un des pôles ayant le plus fort dépassement des effectifs de remplacement autorisés par l'établissement. A l'occasion d'une réunion de conseil de pôle, est présenté le bilan de l'année écoulée. Bien que ce soit la cadre administrative qui présente les évolutions d'effectifs, c'est le responsable du pôle Psychiatrie-Neurologie qui reprend la parole et met spontanément en avant la problématique des dépassements des effectifs. Selon lui, il s'agit d'une faute du pôle à l'égard de ses engagements, qui doit être réparée. Il évoque alors les mesures d'économies étudiées par la direction du pôle pour tenter de remédier à ce problème. Son endossement de la réflexion médico-économique se fait ici naturellement, sans aucune difficulté. Dans le cadre de ce comportement, il affiche très peu son jugement (« *le point critique* » ; « *jamais agréables* ») et ne donne pas d'arguments pour justifier la réflexion médico-économique. Pour lui, c'est une évidence : il est nécessaire de réduire les moyens utilisés par le pôle parce qu'il s'agit de la règle prescrite (« *revenir dans les moyens qui sont les nôtres* »). Il n'affiche pas ici de posture identitaire particulière.

« Le point critique, vous l'avez vu, c'est ce dépassement qui, pour présenter les choses effectivement de façon plus perceptible, équivaut à employer chaque mois 10 personnes au-dessus de nos effectifs, ce qui est assez considérable. Ca, c'est vraiment le point critique de notre fonctionnement, avec tout un travail qui est fait avec [la cadre coordonatrice], avec [la cadre administrative], et avec [la directrice référente], pour essayer de revenir dans les moyens qui sont les nôtres. D'où par exemple – bon, alors, les solutions elles sont jamais agréables, hein – c'est le non-remplacement de certains départs, c'est le recrutement d'une ergothérapeute à 80% au lieu d'un plein temps, c'est ce genre de trucs. » [Conseil de pôle du 09/11/09]

Partie III. Une étude de la transition par le travail identitaire de médecin-gestionnaire

Toujours dans cette perspective d'économies de fonctionnement, le responsable de pôle sensibilise les participants à l'importance du niveau d'activité dans la logique du mode de tarification afin d'accroître les recettes du pôle à moyens humains constants. Il leur précise également, qu'à l'inverse, en cas de diminution de l'activité, des réductions de personnel conséquentes pourraient avoir lieu. Dans cette situation, il indique que seule l'augmentation de l'activité peut leur servir de moyen de négociation vis-à-vis des ressources du pôle. Le responsable de pôle se trouve alors dans une posture d'incitation à la réflexion gestionnaire. S'affichant cette fois-ci un peu plus dans son jugement (« important » ; « ça m'étonnerait » ; « nécessaires ») et rappelant, via son argumentation, les mécanismes fixés par la règle et leurs limites (« c'est pas une garantie »), il renforce sa posture identitaire neutre. Pour lui, la règle est suffisante, il n'a pas besoin de s'identifier au rôle, et il souhaite que le personnel comprenne et applique cette règle.

« Deuxième point qui est important, c'est les chiffres d'activité. Indépendamment du fait que l'activité pour la clinique de neurologie étant financée en T2A permet de financer des moyens, globalement notre activité c'est quand même notre argument principale pour défendre les moyens qui nous sont donnés. C'est-à-dire que si on a une activité qui est trop inférieure aux prévisions, il faut passer en division les moyens qui actuellement nous manquent pour fonctionner. Ça m'étonnerait beaucoup qu'on puisse les défendre et les obtenir. Si, en revanche, l'activité reste soutenue, ça nous donne plus de marge de manœuvre, c'est pas une garantie, mais ça donne plus de marge de manœuvre pour essayer de négocier des moyens qui sont nécessaires pour notre fonctionnement. » [Conseil de pôle du 09/11/09]

Suite aux questions et réactions de protestation de la part du personnel, le responsable de pôle émet, lui aussi, des réserves quant à la logique sous-tendue par le mode de tarification. Il tente toutefois de convaincre les participants de la rationalité de ce système. Il choisit alors d'illustrer l'articulation entre l'activité médicale et les moyens alloués, en prenant un exemple de mutualisation effectué au sein du pôle. Son illustration n'est pas appuyée par des arguments précis. Il ne semble pas en avoir besoin pour donner du sens à son explication. Pour lui, il n'y a pas d'intérêt particulier à défendre ce système, ni à le combattre, il faut simplement respecter la règle fixée (« il faut rester dans le cadre qui nous est dessiné » ; « on n'a pas tellement de solutions »). Il renforce donc de nouveau sa posture identitaire neutre, qui lui permet de justifier l'adoption d'un comportement gestionnaire.

Partie III. Une étude de la transition par le travail identitaire de médecin-gestionnaire

« Je suis d'accord avec vous, la logique, elle tombe pas sous le sens. Mais elle est basique. C'est-à-dire qu'en fonction d'un niveau d'activité, qui est ce qu'il est, on a estimé au départ, à la construction du pôle, que ce niveau d'activité servait un petit peu de référence par rapport à une moyenne. Après, les moyens, étant donné qu'ils sont gravés dans le marbre si vous voulez, on a peu de possibilité de s'en écarter. Ce qui s'est passé pour la psychiatrie n'est pas la seule explication du dépassement. C'est que le transfert d'une unité à Saint-Egrève avec les moyens rattachés, est calculé sur la base d'une règle de trois. Concrètement, pour l'ensemble des capacités transférées, tous ces moyens-là n'ont pas physiquement été transférés. C'est le cas d'un quart temps, c'est le cas d'un quart ou mi-temps aussi... Mais on n'a pas supprimé. Donc, par rapport à ce qui était gravé dans le marbre, si vous voulez, on génère des adaptations. Donc il faut qu'on reste dans le cadre qui nous est dessiné [...]. On n'a pas tellement de solutions pour éponger le découvert, de réduire les dépenses. Donc on mange des pâtes à l'eau pendant quelques semaines pour pouvoir remettre du beurre dans le plat. » [Conseil de pôle du 09/11/09]

Dans son explication du dépassement des effectifs autorisés, le responsable du pôle Psychiatrie-Neurologie endosse donc totalement la réflexion médico-économique. Il met en évidence la problématique financière, la rattache au déficit de l'établissement, remet en question les habitudes organisationnelles du personnel, en allant jusqu'à l'explication du lien entre activité et ressources. Toutefois, son engagement identitaire dans l'argumentation qu'il construit est relativement faible. Pour lui, la mise en œuvre d'un comportement médico-économique n'a pas besoin d'être justifiée : c'est la règle, d'elle-même, qui l'explique. Son travail identitaire consiste donc seulement à camoufler son identité, afin de la défendre.

La réflexion médico-économique est très souvent endossée par le responsable de pôle étudié. Cet endossement ne lui exige pas un travail identitaire intense, mais suffisant pour défendre sa posture identitaire neutre. L'affichage et l'occultation alternés de son identité lui permettent de le faire. Toutefois, ce type de comportement n'est pas le seul adopté par ce responsable de pôle. En effet, au-delà du simple endossement, il lui arrive parfois d'instiguer lui-même la réflexion médico-économique.

Le responsable du pôle Psychiatrie-Neurologie en instigation de la réflexion médico-économique : un travail d'évolution identitaire

Au-delà de l'endossement de la réflexion médico-économique, le responsable du pôle Psychiatrie-Neurologie se montre parfois même entrepreneur dans sa manière de travailler les réflexions gestionnaires, allant plus loin que les exigences de son rôle. Il va alors jusqu'à questionner la faisabilité de certaines mesures médico-économiques n'étant pas permises soit par le mode de financement, soit par l'établissement. Dans ces situations, il procède à une adaptation de sa posture identitaire neutre afin d'intégrer une dimension plus proactive de la responsabilité de pôle. Nous illustrons ce type de réflexion par un exemple : celui de la valorisation de l'activité de psychiatrie.

L'activité de psychiatrie constitue l'une des principales activités médicales non soumises au nouveau mode de tarification. Son financement est donc toujours régi par le système de dotation globale. Malgré cette différence de fonctionnement, le responsable du pôle Psychiatrie-Neurologie tente de faire bénéficier, par voies détournées, certaines activités de psychiatrie du financement à l'activité. C'est un sujet souvent abordé par ce responsable de pôle en réunion. Il profite d'une réunion pour exposer les pistes de solution trouvées pour permettre à la psychiatrie ce type de financement. La réflexion médico-économique est donc là aussi parfaitement endossée par le responsable de pôle, au-delà même des exigences du système. Il recherche et incite son personnel à rechercher des moyens de lier les objectifs médicaux aux objectifs économiques, comme le demande son rôle et les règles qui l'accompagnent. Il prend notamment l'exemple de la création d'un hôpital de jour transversal permettant de faire bénéficier la psychiatrie des mêmes raisonnements gestionnaires que la neurologie.

« Là, l'objectif concernant ces ECT [électroconvulsivothérapie], c'est la recherche d'une valorisation meilleure de cette activité, puisque considérée comme activité strictement psychiatrique, elle n'est pas valorisée en tant que telle, puisque la psychiatrie émerge toujours à un budget global, une dotation financière annuelle, qui empêche de valoriser correctement une activité particulière. Donc il y a des pistes qui sont travaillées, qui permettent notamment au travers de ce conventionnement avec la clinique du Coteau, déjà de valoriser des actes réalisés pour le bénéfice de patients venant d'un autre établissement. Et derrière cette idée de valorisation, il y a le rapprochement qui est déjà acté, sur un plan de logistique administrative, de valoriser ces actes en MCO [Médecine Chirurgie Obstétrique]

Partie III. Une étude de la transition par le travail identitaire de médecin-gestionnaire

au travers de l'HDJ [Hôpital De Jour] de neurologie, avec derrière la possibilité qui est en cours de réflexion d'aller vers un hôpital de jour transdisciplinaire qui serait un véritable hôpital de jour pour le pôle Psychiatrie-Neurologie, et qui hébergerait en termes d'activité toute l'activité neurologique qui relève de l'hôpital de jour et également ces activités particulières de psychiatrie qui pourraient bénéficier par ce biais-là de valorisation au bénéfice du pôle. » [Conseil de pôle du 09/11/09]

Allant plus loin que le simple raisonnement médico-économique sur le sujet, il plaide en faveur de l'harmonisation du nouveau mode de tarification à toutes les spécialités médicales. En réunion, il présente les différentes règles de financement présentes au sein du pôle, pour faire comprendre le déséquilibre entre psychiatrie et neurologie à ce niveau-là. Il reprend l'exemple de l'hôpital de jour de neurologie pour illustrer son raisonnement. Pour justifier son comportement, il ne se contente donc pas ici de simplement vouloir renforcer sa posture identitaire. Il l'étend pour y intégrer la défense de la rationalité des règles utilisées. Il s'implique ici dans son argumentation, précisant son soutien à cette mesure médico-économique.

« Par exemple, sur l'hôpital de jour de neurologie, les postes qui sont créés et inscrits au tableau des emplois, financés par le CHU, le sont parce que l'activité d'hôpital de jour génère des ressources pour le CHU permettant de financer les postes. Alors que, pour la psychiatrie, comme on n'a pas cette possibilité de réinvestir une activité supplémentaire dans les moyens, on est obligé de demander une augmentation de l'enveloppe financière globale. Vous comprenez pourquoi je milite pour le passage au financement à l'activité de la psychiatrie. » [Conseil de pôle du 09/11/09]

A nouveau, le responsable du pôle Psychiatrie-Neurologie endosse donc ici pleinement la réflexion médico-économique concernant les activités de son pôle. Toutefois, il va même encore plus loin, en instiguant une réflexion gestionnaire autour du mode de financement d'une des spécialités de son pôle. Il procède alors à une adaptation de sa posture identitaire neutre pour y intégrer la dimension proactive de chercheur de rationalité dans les règles, et ainsi pouvoir justifier son comportement d'instigateur. Dans ces circonstances, le responsable de pôle montre, étonnamment, un engagement personnel dans son raisonnement, ne cherchant plus à se détacher de ses arguments.

Le responsable du pôle Psychiatrie-Neurologie utilise donc à la fois des techniques de défense et d'adaptation identitaires. D'abord, ses techniques de défense identitaire lui permettent de rendre cohérents ses comportements d'endossement de la réflexion médico-économique : il ne se retrouve pas dans les significations portées par son rôle, mais reconnaît l'importance de ne pas déroger aux règles qui lui sont assignées, donc il les met en œuvre. Ensuite, plus rarement, ses techniques d'adaptation identitaire lui permettent de rendre cohérents ses comportements d'instigation de la réflexion médico-économique : considérant comme irrationnelles certaines règles assignées à son rôle, il intègre ce besoin de rationalité comme une dimension identitaire, et peut légitimement tenter de les remettre en question lors des réunions. Malgré ce travail identitaire, le responsable du pôle Psychiatrie-Neurologie est le responsable de pôle le moins engagé dans ses réflexions.

9.1.4. Le responsable du pôle Appareil Locomoteur face à la réflexion médico-économique : entre défense et évolution identitaire

Le responsable du pôle Appareil Locomoteur, en posture d'identification forte à l'égard de son rôle (identifiée au cours de notre deuxième partie), est supposé non seulement soutenir la réflexion médico-économique, mais également l'endosser pour la promouvoir. Nos observations en réunion nuancent cependant ce comportement attendu. En effet, ses positionnements sont plus variés que prévus : bien que soutenant et instiguant des réflexions médico-économiques, il se positionne parfois dans le rejet de ce type de raisonnement. Pour expliquer ces tendances, nous allons voir que ce responsable de pôle utilise, lui aussi, à la fois des tactiques de défense et d'adaptation identitaires pour justifier et rendre cohérents ses choix avec sa posture identitaire.

Le responsable du pôle Appareil Locomoteur en endossement de la réflexion médico-économique : un travail de défense identitaire

En cohérence avec sa posture identitaire d'identification forte, le responsable du pôle Appareil Locomoteur se montre, le plus souvent, particulièrement attaché à la réussite financière et organisationnelle de son pôle, en endossant la réflexion médico-économique de ses projets. Pour maintenir la cohérence de son comportement, il met en œuvre des techniques

Partie III. Une étude de la transition par le travail identitaire de médecin-gestionnaire

de défense identitaire lui permettant de justifier la motivation gestionnaire de l'endossement. Nous prenons une illustration typique de ce comportement : celui de la participation du pôle au plan de retour à l'équilibre du CHU.

Dans le cadre du plan de retour à l'équilibre du CHU, le responsable du pôle Appareil Locomoteur montre un engagement personnel dans la recherche de mesures visant à réduire les dépenses de son pôle. Lors d'une réunion de négociation du contrat de pôle, il propose au directeur général différentes actions pour réaliser des économies dans son pôle. Sans proposer de chiffrage précis, il suggère notamment de réduire les frais de transport de patients, de diminuer les coûts des prescriptions en collaborant avec ses collègues chirurgiens et les personnels anesthésistes, ou encore d'augmenter les recettes du pôle par une hausse d'hospitalisation en chambres individuelles. Il initie également, au-delà de ces mesures, un changement dans les règles d'affectation des recettes de l'activité libérale des chirurgiens, jusqu'à présent non distribuées directement au pôle. Il endosse bien ici une réflexion médico-économique, où il s'affiche comme l'instigateur du raisonnement (« *moi ce que je propose* »), et renforce ainsi sa posture identitaire.

« Moi ce que je propose, c'est d'essayer de faire des économies sur nos dépenses pour le plan de retour à l'équilibre. Voilà. Et je crois que le CHU est en déficit, a priori, de 1,3% à peu près, d'après ce que j'ai cru comprendre [...]. Je peux éventuellement demander de la part de mes collaborateurs de réduire un certain nombre de frais. Notamment sur les frais de transport, on pourrait envisager une baisse de l'ordre de 30% pour le pôle appareil locomoteur [...]. Ensuite, on a prévu, et ça on va le réaliser, je pense, sans trop de difficultés, une augmentation du nombre de nuitées facturées en chambre individuelle. Si on continue sur la lancée du début de l'année, où on est à plus de 48%, je crois, on devrait faire un certain nombre de recettes supplémentaires [...]. On peut également faire des efforts pour les prescriptions médicales [...]. D'autre part, les recettes de l'activité libérale, pourquoi on les affecterait pas à notre pôle ?! Et alors là, on dépasse largement les 1,3% d'économies ! »
[Négociation du contrat de pôle du 03/05/10]

Quelques jours plus tard, lors d'une réunion avec le personnel du pôle, il revient sur une des mesures qu'il a proposée au directeur général : la réduction des frais de transports inter-établissements. Sur un autre aspect de cette mesure, il aborde les conventions établies entre le CHU et les cliniques dans le transport des patients. Il propose aux participants de favoriser ces conventions qui permettent au pôle de ne pas dépenser d'argent, le système de Sécurité

Partie III. Une étude de la transition par le travail identitaire de médecin-gestionnaire

Sociale prenant en charge les frais occasionnés. Montrant un engagement personnel dans le plan de retour à l'équilibre du CHU, le responsable de pôle déclare se préoccuper uniquement du budget du CHU (« *je m'en fous* » ; « *ce qui m'intéresse* »). Il affiche et renforce donc sa posture d'identification forte à son rôle.

« Par exemple, nous, avec Uriage, c'est fabuleux ! Parce que les transports d'Uriage au CHU, c'est facturé pour les ambulances de nuit. Donc ça nous coûte rien. Et les autres centres aujourd'hui, c'est nous qui payons. Alors qu'avec Uriage, on leur fait un bon de transport et c'est la Sécu qui prend en charge le transport [...]. On doit faire attention pour ne pas creuser encore plus le budget de la Sécurité Sociale, je suis tout à fait d'accord, on doit être très vigilant. Mais là il y a deux choses : il y a le budget de la Sécurité Sociale et le budget du CHU. A la limite moi je m'en fous de la Sécu. Ce qui m'intéresse, c'est d'avoir un budget du CHU équilibré ! Je veux dire, on a un plan de retour à l'équilibre. Donc je veux faire la chasse à tous les transports qui ne sont pas forcément justifiés. Je ne vois pas pourquoi ça serait à nous de payer. Actuellement, moi je m'oppose au fait que ce soit le CHU qui paye ce genre de choses. » [Bureau de pôle du 11/05/10]

Lors de la même réunion, le responsable de pôle fait également par au personnel d'une autre mesure qu'il envisage dans le cadre du retour à l'équilibre : la valorisation des chambres individuelles d'hospitalisation. Depuis la négociation du contrat de pôle, il déclare avoir calculé des hypothèses de remplissage de ces chambres individuelles, qu'il estime sous-utilisées pour l'instant, proposant d'essayer dans un premier temps d'atteindre un taux d'occupation de 50%. Selon lui, il s'agit d'une mesure réaliste et intéressante financièrement pour le pôle et le CHU. S'affichant là aussi comme l'instigateur de la démarche et montrant son engagement personnel (« *j'ai fait le calcul* » ; « *je pense* » ; « *c'est intéressant* » ; « *c'est quand même considérable* »), il renforce son identité de médecin-gestionnaire.

« J'ai fait le calcul. Pour l'orthopédie, on a 33 chambres individuelles. Si on utilise toutes les chambres individuelles sur toute l'année, on devrait avoir 600 000 € de recettes. Bon ça c'est pas possible, on n'y arrivera jamais ça. Mais je pense que si on arrivait ne serait-ce qu'à 50%, on aurait des recettes de l'ordre de 300 000 €. Je sais pas à combien on est actuellement, mais à mon avis, 50% ça devrait être jouable. Je pense que pour qu'on soit efficaces, il faudrait qu'on atteigne 50% [...]. C'est intéressant pour le CHU parce qu'on gagne un peu d'argent. C'est intéressant pour le pôle parce que ça valorise notre activité. Puis c'est intéressant pour nous puisqu'on récupère 10% là-dessus. Donc si on a 300 000 €

Partie III. Une étude de la transition par le travail identitaire de médecin-gestionnaire

de facturé de chambres seules, on a quand même 30 000 € pour les différentes unités. C'est quand même considérable 30 000 € ! Il y a de quoi acheter du matériel... de faire des tas de choses. Donc on est tous intéressés par ça. » [Bureau de pôle du 11/05/10]

Au cours de la même réunion, le responsable de pôle se penche sur une mesure d'économie nouvelle, qu'il n'avait pas présentée au directeur général lors de leur rencontre : les réductions de frais de matériel médical. En prenant exemple sur ses propres pratiques de chirurgien, il explique que la non-utilisation de certains outils, qu'il ne juge pas indispensables pour opérer, peut entraîner des gains économiques importants pour le pôle. Endossant totalement la réflexion médico-économique, il effectue lui-même les calculs concernant ces économies réalisables. Il exprime également un engagement personnel dans sa réflexion en haussant le ton.

« Vous prenez, par exemple, pour un ligament croisé, un shaver pour enlever la synoviale, que moi j'enlève à la curette et à la pince basket. Bien. Ça coûte 52 € hors taxes. Vous mettez l'arthropompe. La tubulure d'arthropompe coûte 36 €. Si vous prenez en plus une fraise motorisée pour éventuellement dégager l'échancrure. La fraise motorisée elle doit faire dans le 60 €. Donc vous sortez pour un ligament croisé 130 € hors taxes. On arrive à plus de 150-160 € ! Admettons qu'on en fasse 300 ligaments croisés par an. A 100 € de moyenne, on économise 30 000 € ! » [Bureau de pôle du 11/05/10]

Enfin, le responsable de pôle envisage une autre possibilité pour augmenter les recettes de l'établissement, n'affectant pas directement le pôle : une collaboration étroite avec la cardiologie. Des cardiologues travaillant à proximité du pôle, il estime qu'une meilleure coordination avec eux permettrait de récupérer au sein du CHU les consultations préopératoires réalisées jusqu'alors par des établissements privés. Il calcule alors grossièrement les possibilités de valorisation financière de cette activité pouvant contribuer au plan de retour à l'équilibre. La réflexion médico-économique et encore une fois totalement endossée par le responsable de pôle.

« Plutôt qu'on envoie tous nos patients chez le cardiologue en ville refaire des électro et autres, et bien, il vont voir les cardiologues à côté. Il y a la consultation anesthésiste, ils passent à côté, on fait un électrocardiogramme, il y a le labo à Nord pour les prélèvements préopératoires... Donc on ferait à Sud les prélèvements laboratoires préopératoires, l'électrocardiogramme avec ou pas la consultation cardio... Donc facturés à l'hôpital, ça fait des rentrées d'argent pour l'hôpital. On fait 2 600 patients en activité réglée. Sur ceux-là, il y

Partie III. Une étude de la transition par le travail identitaire de médecin-gestionnaire

en a à peu près 1 800 qui ont un électro. Donc, à partir du moment où on rajoute 1 800 consultations cardio, plus des électrocardiogrammes, plus des prélèvements biologiques... Je pense qu'on peut augmenter les recettes de l'hôpital. » [Bureau de pôle du 11/05/10]

En s'appropriant au sein du pôle, la réflexion autour du retour à l'équilibre financier du CHU, le responsable du pôle Appareil Locomoteur endosse totalement le raisonnement médico-économique concernant les réductions de dépenses du pôle, ainsi que l'augmentation de ses recettes. Il affiche de nouveau un engagement personnel dans son argumentation, et justifie ses comportements par des arguments totalement médico-économiques, montrant qu'il maintient et défend une posture d'identification forte à l'égard de son rôle.

Les comportements adoptés par le responsable du pôle Appareil Locomoteur vont donc dans le sens de sa posture d'identification forte au rôle. Il endosse et instigue parfois la réflexion médico-économique. Pour cela, il défend spontanément son identité en l'affirmant au cours des réunions. Cependant, plus étonnamment, il arrive que ce responsable décide de s'opposer à cette réflexion.

Le responsable du pôle Appareil Locomoteur en négociation de la réflexion médico-économique : un travail d'évolution identitaire

De manière plus surprenante, à l'égard de sa posture identitaire, le responsable du pôle Appareil Locomoteur se montre parfois beaucoup moins en accord avec les questionnements médico-économiques proposés par la direction. Au contraire, puisqu'au lieu de les endosser, il les rejette pour tenter de les négocier. Dans ces circonstances, un travail d'adaptation identitaire est mobilisé pour justifier ses choix. Nous prenons ici un exemple caractéristique de ces comportements en réunion : celui de la dissociation des opérations bilatérales.

Au sein du pôle Appareil Locomoteur, les médecins de la clinique universitaire de chirurgie orthopédique sont amenés à réaliser des interventions multiples auprès des patients, c'est-à-dire des opérations impliquant plusieurs gestes chirurgicaux sur un même patient. Par exemple, une opération peut inclure la réalisation de deux prothèses de hanche, soit deux interventions. Ce type d'opération n'est pas obligatoire, chaque intervention pouvant être réalisée indépendamment l'une de l'autre, donc à des moments différents. Les chirurgiens de la clinique préfèrent cependant mener de front les deux interventions simultanément, par praticité pour le patient. Le responsable du pôle Appareil Locomoteur, lui-même chirurgien,

Partie III. Une étude de la transition par le travail identitaire de médecin-gestionnaire

est confronté à ce type de situations, jugeant lui aussi cette pratique plus avantageuse pour le patient.

A l'occasion d'une réunion, cette pratique est cependant questionnée par le directeur référent, d'un point de vue économique, ayant appris que les interventions doubles sont moins valorisées financièrement que les interventions uniques. Selon lui, si les interventions peuvent être séparées, afin d'obtenir une meilleure valorisation financière de l'acte, il serait intéressant de l'envisager. Le responsable du pôle n'est pas de cet avis, et rejette radicalement cette possibilité. Considérant que l'activité chirurgicale du pôle est déjà d'un niveau très élevé, il estime que les gains qu'apporterait cette disposition sont négligeables. Pour lui, le soin au patient et la praticité de l'acte passent, dans ce cas, avant les aspects médico-économiques. Faisant référence à une discussion sur le sujet avec le directeur général, il s'engage personnellement dans son argumentation, semblant choqué par cette éventualité.

« Alors moi j'ai dit au directeur « pour l'instant, ben écoutez, je me mets à la place du patient, je fais pour le mieux pour le patient, mais s'il faut qu'on en arrive là dans un hôpital, service public, et ben on en viendra là ! ». Mais moi je fais des prothèses de hanches bilatérales dans le même temps opératoire, ça rend service au patient ; je fais des prothèses de genoux bilatérales, ça rend service au patient... S'il faut négliger le patient et faire que de la comptabilité, on fera comme certains font dans le privé aujourd'hui. Mais je trouve que c'est scandaleux ! Même sur le plan de l'équipe, moi je trouve ça complètement inadmissible. » [Bureau de pôle élargi du 09/03/10]

Convaincu de la pertinence de son positionnement médical sur cette question, il poursuit son argumentation en expliquant les bénéfices d'une intervention double sur le patient, et en se basant sur les démonstrations scientifiques sur le sujet. Il se focalise alors sur un autre aspect : la notoriété de son pôle. Selon lui, il est indispensable de prendre en compte la qualité des soins conférés aux patients pour fidéliser ces derniers et accroître la notoriété du pôle. Il étend donc sa posture identitaire afin d'y intégrer une dimension médiatique plus forte, qu'il lie directement aux impératifs économiques auxquels il s'identifie : pour lui, la valorisation des aspects médicaux et qualitatifs peut conduire à une meilleure performance économique du pôle. Il réitère son engagement personnel dans l'argumentation en montrant sa encore sa stupéfaction à l'égard d'un positionnement opposé. Il introduit un autre argument, financier cette fois-ci, concernant les coûts engendrés par la séparation des interventions pour la sécurité sociale. Pour lui, cette décision serait donc non seulement défavorable au niveau

Partie III. Une étude de la transition par le travail identitaire de médecin-gestionnaire

médical, pour le patient, mais aussi sur le plan économique pour le système de santé. Sa réflexion est donc, ici, médico-économique, mais ne prend pas en considération l'intérêt financier de l'établissement.

« Ethiquement, vis-à-vis des patients, je trouve qu'aujourd'hui c'est scandaleux, parce qu'on a fait plusieurs études, publications scientifiques, en disant que c'est beaucoup mieux quand on fait une prothèse de genou bilatérale, notamment les prothèses partielles : les gens saignent moins, il y a pas de soucis, il y a pas de transfusion sanguine, les gens récupèrent plus vite, donc au bout de 3 mois l'affaire est réglée. Sur le plan de la Sécu, c'est un gain pour la Sécu. Quand on fait une prothèse de hanche bilatérale, c'est pareil. Prothèse totale du genou bilatérale, c'est un peu discutable. Pour les pieds, c'est exactement la même chose : vous avez un arrêt de travail de 2 mois au lieu d'avoir 2 arrêts de travail de 2 mois. Et puis se faire opérer une fois au lieu de 2, c'est quand même mieux pour tout le monde. » [Bureau de pôle élargi du 09/03/10]

Dans la justification de son rejet, le responsable de pôle affiche clairement sa posture identitaire sur le sujet, déclarant que si la décision lui est imposée, il l'acceptera, mais sans l'assumer personnellement. Il s'engage donc très fortement dans cette discussion.

« Voilà. Donc si on veut qu'on évolue vers ça, moi je le ferai, mais je le ferai à contrecœur. Le directeur général m'a dit « écoutez M. X, faites comme vous le sentez aujourd'hui. Pour l'instant faites-le encore avec votre âme et conscience ». Moi je le fais avec mon âme et conscience. » [Bureau de pôle élargi du 09/03/10]

Poursuivant son explication, le responsable de pôle évoque un dernier argument pour défendre sa position : l'incohérence dans la valorisation de l'activité. Selon lui, il est incompréhensible de ne pas valoriser au même titre une intervention identique, sous prétexte qu'elle est pratiquée simultanément avec une autre. Son raisonnement est ici clairement médico-économique et remet en question le mode de tarification : le système de financement doit prendre en compte le temps opératoire passé pour effectuer l'intervention multiple, et non pas le temps opératoire passé pour soigner le patient. Pour lui, la différenciation entre patient et intervention est à la base d'une réflexion médico-économique précise. Là encore, en s'énervant, il affiche clairement sa posture identitaire d'identification au rôle, qui justifie son rejet de la décision.

Partie III. Une étude de la transition par le travail identitaire de médecin-gestionnaire

« En traumatologie, quand vous avez une fracture du col du fémur, une fracture du poignet ou une fracture de l'épaule, ça fait deux gestes. C'est pour ça que dans mon activité je compte les gestes opératoires. Quand on opère un patient qui a deux ou trois lésions, on y passe beaucoup plus de temps que quand il n'a qu'une seule lésion. Voilà. C'est clair. Quand le directeur général m'a dit « mais attendez, vous parlez de 4 046, mais là sur les papiers j'ai 3 840 ? ». Je lui ai dit « mais le 3 840, c'est 3 840 patients. Mais il y a 4 046 interventions ». Moi je peux pas dire que j'ai fait une demi-intervention. Quand j'opère un patient, que j'ai passé 3 ou 4h pour 2 ou 3 interventions, il y a pas de raisons qu'on soit pas payés pour ça ! »
[Bureau de pôle élargi du 09/03/10]

Quelques semaines plus tard, au cours d'une réunion de négociation du contrat de pôle avec la direction, le responsable de pôle expose de nouveau ce problème de valorisation des interventions. Dans un premier temps, il affiche son positionnement initial à l'égard de ce problème, à savoir le rejet. Toutefois, conscient de la nécessité de participation de son pôle au plan de retour à l'équilibre du CHU, il admet avoir à présent des doutes sur sa manière d'envisager cette problématique. Pour lui, le passage d'une intervention multiple à deux interventions distinctes pourrait contribuer à la réalisation d'économies pour le retour à l'équilibre du CHU. Il insiste sur le fait que ce choix résulterait d'une contrainte ultime, l'obligeant à oublier l'éthique qu'il supporte. Là encore, énervé, il affiche une posture identitaire étendue, prenant davantage en considération la qualité des soins et le patient (« je me pose des questions », « mon éthique », « c'est dommage ! »).

« C'est vrai qu'actuellement je me pose des questions. Parce que comme maintenant je suis en train de regarder tous les calculs, les machins, les trucs, tout ce qu'on coûte, et autre, pour savoir où est-ce qu'on va pouvoir racler un petit peu... Ben peut-être que je vais faire la même analyse ! Et puis je vais dire « ben écoutez, maintenant, les prothèses de hanche, c'est l'une après l'autre » et puis c'est terminé ! [...]. Quand on aura analysé les calculs, et quand on aura analysé combien on perd en faisant les deux en même temps, peut-être qu'à ce moment-là, mon éthique, mon truc, je vais m'asseoir dessus et on fera comme tout le monde ! Mais c'est quand même un peu dommage ! » [Négociation du contrat de pôle du 03/05/10]

Selon le responsable de pôle, la solution la plus logique, à l'égard du système de tarification actuel, serait de favoriser l'optimisation de l'activité, donc la réalisation d'interventions doubles. Le directeur général, attentif à son argumentation, admet comprendre son comportement de rejet et y adhérer. Sur les conseils du responsable de pôle, il envisage alors

Partie III. Une étude de la transition par le travail identitaire de médecin-gestionnaire

une possibilité : aller défendre ce défaut de valorisation de l'activité auprès des instances concernées, afin de réévaluer les tarifs attribués à ce type d'intervention.

Dans cette problématique autour de la valorisation des interventions chirurgicales multiples, le responsable du pôle Appareil Locomoteur rejette donc fortement la réflexion médico-économique, en avançant un raisonnement majoritairement médical. Bien qu'envisageant succinctement, sous contrainte financière majeure, la prise en compte des aspects économiques au détriment des aspects médicaux, il refuse finalement d'engager une démarche gestionnaire sur ce sujet-là. Il opte alors pour l'adaptation de sa posture identitaire afin d'y donner une importance plus grande au patient. Considérant que le mode de tarification ne valorise pas suffisamment l'effort qu'il rend au niveau financier, et démontrant l'importance économique des aspects médicaux et qualitatifs, il parvient à convaincre le directeur général de réorienter la discussion en la focalisant directement sur les règles de valorisation. La réflexion médico-économique est donc finalement négociée à partir de sa posture identitaire étendue.

Le travail identitaire du responsable du pôle Appareil Locomoteur est donc double. Il utilise à la fois des techniques de défense identitaire pour justifier des comportements d'endossement de la réflexion médico-économique, et des techniques d'adaptation identitaire afin de rendre cohérents ses comportements de rejet de cette même réflexion. Plus précisément, ces techniques d'extension, en intégrant des dimensions médicales et soignantes de manière instrumentale à son identité, lui permettent d'adopter des comportements a priori incohérents avec sa posture identitaire de base, et ouvrant à des négociations avec la direction.

Les quatre responsables de pôle que nous avons étudiés utilisent donc des tactiques de travail identitaire duales, oscillant entre défense et évolution de leur identité. Le responsable du pôle Couple-Enfant emploie des techniques de défense et d'adaptation identitaires pour respectivement rejeter et endosser la réflexion médico-économique. La responsable du pôle Anesthésie-Réanimation, quant à elle, adopte des techniques d'adaptation et de défense identitaires afin de respectivement trancher (c'est-à-dire endosser ou refuser) et mener sans faire aboutir la réflexion médico-économique. Le responsable du pôle Psychiatrie-Neurologie, lui, met en œuvre des tactiques de défense et d'adaptation identitaires pour respectivement

endosser et instiguer la réflexion médico-économique. Enfin, le responsable du pôle Appareil Locomoteur utilise, de son côté, des tactiques de défense et d'adaptation identitaires pour respectivement endosser et négocier la réflexion médico-économique. Au final, les types de travail identitaire utilisés par ces responsables de pôle sont proches les uns des autres, et démontrent autant la tentative de sauvegarde que d'évolution de l'identité de base. Nous allons à présent discuter ces résultats pour mieux comprendre leur portée.

9.2. Le travail identitaire dans la transition vers un rôle de médecin-gestionnaire : l'importance de la construction des contours du rôle

Comme le montrent nos résultats, le travail identitaire des médecins-gestionnaires dans l'action est dual, à la fois défensif et évolutif. Comme ils le montrent également, ces tactiques de travail identitaire leur permettent de mettre en œuvre des comportements de réflexion variés, voire inattendus, à l'égard de problématiques médico-économiques. Afin d'approfondir ces résultats, nous allons les discuter en deux temps. Nous allons d'abord tenter de mieux comprendre les conséquences et mécanismes de la mise en place des deux grandes formes de travail identitaire repérées pour chacun des individus observés. Par ce biais, nous proposons que la posture d'identification des médecins (identifiée en deuxième partie) n'est pas totalement déterminante dans la réussite de la transition étudiée. Ce constat nous permet de répondre à notre troisième question de recherche, ainsi que de mettre en évidence nos implications théoriques (9.2.1). Nous tenterons ensuite d'expliquer plus en profondeur ce phénomène de variation du travail identitaire, en nous focalisant sur le contexte de sa mise en œuvre. Nous remarquons finalement que leur travail identitaire est ambulatoire, évoluant au grès des problématiques médico-économiques abordées. Nous pointons notamment l'importance de la délimitation des contours du rôle de médecin-gestionnaire prescrit (9.2.2).

9.2.1. Les mécanismes et conséquences du travail identitaire au cours de la transition vers un rôle de médecin-gestionnaire

Nos résultats soulignent que les médecins tour à tour défendent et font évoluer leur identité – que nous associons ici à leur posture d'identification (repérée dans notre deuxième partie).

Mais ce travail identitaire est-il finalement favorable à leur transition vers un rôle de médecin-gestionnaire ? Notre réponse est : oui, globalement. Le travail identitaire permet de faire évoluer une identité personnelle en faveur du rôle ou bien de défendre une identité personnelle y étant initialement favorable. Toutefois, ce constat est à nuancer. Nous relevons parmi les quatre responsables de pôle observés des conséquences variées du travail identitaire : lorsque qu'un médecin est en désidentification forte à l'égard d'un rôle (cas du responsable du pôle Couple-Enfant), le travail identitaire permet une adaptation favorable de l'identité ; lorsque qu'un médecin est en identification conflictuelle vis-à-vis d'un rôle (cas de la responsable du pôle Anesthésie-Réanimation), le travail identitaire permet une défense plutôt défavorable de l'identité ; lorsque qu'un médecin est en identification neutre à l'égard d'un rôle (cas du responsable du pôle Psychiatrie-Neurologie), le travail identitaire permet une défense favorable de l'identité ; lorsque qu'un médecin est en identification forte vis-à-vis d'un rôle (cas du responsable du pôle Appareil Locomoteur), le travail identitaire permet une adaptation plutôt défavorable de l'identité.

Le travail identitaire autour d'une désidentification forte : une adaptation identitaire favorable à la transition de rôle

Nos résultats montrent d'abord que le travail identitaire autour d'une désidentification forte est globalement favorable à la transition vers un rôle de médecin-gestionnaire. En effet, notre étude du responsable du pôle Couple-Enfant révèle que, malgré quelques tactiques de défense identitaire permettant de rejeter la réflexion médico-économique, celui-ci est la plupart du temps dans une optique d'adaptation identitaire permettant d'accepter, voire même d'endosser ce comportement attendu. Toutefois, ce travail d'adaptation identitaire ne consiste pas en une révision complète de l'identité de ce médecin, mais plutôt en une extension de cette dernière, lui permettant d'intégrer de manière minoritaire des significations économiques. Aussi, ces aspects économiques ne sont pas perçus positivement par le médecin, mais sont assimilés comme une manière neutre de défendre le patient. La posture identitaire n'évolue donc pas radicalement, mais s'enrichit progressivement. Nous pouvons donc rapprocher cette tactique de l'enrichissement identitaire (Pratt et al., 2006), c'est-à-dire une manière d'approfondir l'identité, sans en changer les fondements (la défense médicale dans notre exemple), mais en la nuancant, en lui donnant des précisions.

Partie III. Une étude de la transition par le travail identitaire de médecin-gestionnaire

Ce travail d'enrichissement identitaire permet à un individu en désidentification forte à l'égard de son rôle, de mettre en œuvre des comportements qui sont a priori en décalage avec sa posture identitaire. Comme l'indique notre exemple, l'enrichissement identitaire permet au responsable du pôle Couple-Enfant de réfléchir et de promouvoir des mesures médico-économiques sans menacer son identité de défenseur médical. Il rend cohérent ce comportement : il continue d'être un « responsable médical de pôle », défenseur des intérêts médicaux, mais s'approprie les raisonnements gestionnaires afin de pouvoir continuer à protéger et négocier les impératifs cliniques. Notre exemple suggère aussi que ce travail d'adaptation identitaire puisse contribuer à une évolution définitive vers une moins forte désidentification à l'égard du rôle prescrit. En effet, progressivement au cours des réunions, la défense identitaire disparaît au profit de cette adaptation. Au final, la posture de désidentification forte ne semble finalement pas constituer une fatalité pour la réussite de la transition vers un rôle de médecin-gestionnaire. Un travail d'adaptation identitaire intense au moment de la tenue du rôle permettrait de faire évoluer durablement le comportement de l'individu.

Le travail identitaire autour d'une identification conflictuelle : une défense identitaire défavorable à la transition de rôle

Nos résultats montrent ensuite que le travail identitaire d'une identification conflictuelle est plutôt défavorable à la transition vers un rôle de médecin-gestionnaire. En effet, notre étude de la responsable du pôle Anesthésie-Réanimation révèle que, malgré de rares cas d'adaptation identitaire permettant de trancher et ainsi faire progresser la réflexion médico-économique, la responsable est presque constamment dans une dynamique de défense identitaire la conduisant à hésiter et finalement ne pas respecter jusqu'au bout le comportement attendu. Cette situation n'est cependant pas totalement défavorable à la transition, puisque le rôle est en partie tenu comme prévu. De plus, les critiques effectuées par l'individu au travers de ce comportement revêtent une certaine utilité pour l'organisation, car lui permettant de mieux jauger ses décisions. Cette tenue de rôle empêche ou ralentit toutefois l'aboutissement de la réflexion.

Dans cette posture, le travail de défense identitaire ne semble pas maîtrisé. En effet, il émane de l'ensemble des situations étudiées un sentiment de malaise de la responsable de pôle, qui n'arrive pas à se situer clairement par rapport à ses interlocuteurs. En témoigne notamment le

fait qu'à plusieurs reprises, en son absence, ses collaborateurs ont été observés en train de discuter de l'imprévisibilité de ses réactions. Contrairement à ce que défend la littérature à ce sujet (voir notamment Creed et al., 2010), le travail identitaire ne permettrait donc pas forcément de résoudre des conflits d'identité. Au contraire, il pourrait les entretenir en les défendant. Le travail identitaire serait donc plus difficile lorsqu'existent plusieurs identités en conflits (Mischenko, 2005). Au final, un individu en posture d'identification conflictuelle à l'égard de son rôle peut donc se retrouver bloqué dans cette posture sans intervention externe. Bien que le comportement qu'elle permet de mettre en œuvre ne soit pas totalement défavorable à la transition, cette posture n'en reste pas moins dangereuse à long terme. Nous rejoignons donc les conclusions de notre deuxième partie de thèse.

Le travail identitaire autour d'une identification neutre : une défense identitaire favorable à la transition de rôle

Nos résultats montrent également que le travail identitaire d'une identification neutre est favorable à la transition vers un rôle de médecin-gestionnaire. En effet, notre étude du responsable du pôle Psychiatrie-Neurologie révèle qu'un léger travail de défense identitaire lui permet d'endosser totalement la réflexion médico-économique, et que, moins souvent, un travail d'adaptation identitaire l'amène à l'instiguer lui-même. Aussi, aucun comportement déviant par rapport aux attentes de l'établissement n'est à noter. Une telle posture n'aurait donc pas besoin d'un travail identitaire intense pour favoriser la transition. Ce phénomène pourrait s'expliquer par le fait qu'un individu en identification neutre considère que le respect des règles va de soi. Pour lui, la justification d'un comportement favorable au rôle prescrit serait inutile. La posture d'identification neutre à l'égard d'un rôle constituerait donc une situation quasi-idéale pour l'organisation.

Toutefois, il est possible de questionner le travail d'adaptation identitaire réalisé dans le cadre de cette posture. Comme le montre notre cas, le travail d'adaptation identitaire permet à l'individu la prise d'initiatives pour réparer des imperfections dans le rôle prescrit. Or, ces prises d'initiatives semblent parfois dangereuses pour l'organisation, car remettant en question certaines règles de fonctionnement – le mode de financement ou le statut des personnels, par exemple. Dans un système particulièrement bureaucratique (Mintzberg, 1982), cette remise en question des procédures pourrait être considérée comme une déviance vis-à-vis du rôle prescrit. Aussi, l'exemple du responsable du pôle Centre de Gestion des

Blocs, étudié en première partie de cette thèse, montre bien que l'innovation dans le rôle (Nicholson, 1984) peut être risquée pour l'organisation – qui peut voir se créer des conflits parmi le personnel, par exemple –, et l'individu – qui peut être mis à l'écart et destitué de son rôle. Cette possibilité est toutefois hypothétique dans notre cas. Le travail identitaire de cette posture reste une dynamique très favorable à la transition vers un rôle de médecin-gestionnaire.

Le travail identitaire autour d'une identification forte : une adaptation identitaire défavorable à la transition de rôle

Nos résultats montrent enfin que le travail identitaire d'une posture d'identification forte à un rôle est plutôt défavorable à la transition vers un rôle de médecin-gestionnaire. En effet, notre étude du responsable du pôle Appareil Locomoteur révèle que, bien qu'un travail de défense identitaire intense lui permette d'endosser la réflexion médico-économique attendue, un travail d'adaptation identitaire est également entrepris pour rejeter puis négocier cette réflexion. Le comportement adopté ne va donc pas forcément dans le sens du comportement souhaité. Toutefois, à l'instar de la posture de désidentification forte, ce cas ne montre qu'une adaptation partielle de l'identité, proche d'enrichissement identitaire (Pratt et al., 2006). La posture identitaire est simplement étendue afin d'y intégrer des significations cliniques (l'importance du patient, la qualité des soins), peu prises en compte par cette première. Ces aspects cliniques ne sont cependant pas pris en compte comme des fins en soi par l'individu, mais plutôt comme des outils pour atteindre les objectifs économiques.

Ce travail d'enrichissement identitaire permet là aussi à l'individu en identification forte à l'égard de son rôle de mettre en œuvre des comportements qui sont a priori en décalage avec sa posture identitaire. Comme le montre notre exemple, l'enrichissement identitaire permet au responsable du pôle Appareil Locomoteur de rejeter, mais surtout de négocier les mesures médico-économiques suggérées par la direction, sans remettre en question sa propre identité de producteur de soins. Son comportement est alors rendu cohérent : il reste un chef d'entreprise médicale, priorisant les indicateurs d'activité, mais se rapproche des dimensions cliniques et humaines afin de pouvoir négocier des contraintes de ressources trop strictes. Ce travail identitaire n'est cependant pas observé sur une période suffisamment longue afin de pouvoir constater une modification durable de la posture identitaire. Les conséquences défavorables pour la tenue du rôle pourraient donc n'être que temporaires ou ponctuelles.

Partie III. Une étude de la transition par le travail identitaire de médecin-gestionnaire

Notre analyse montre que le travail identitaire utilisé par un individu lui permet de mettre en œuvre des comportements a priori en décalage avec sa posture d'identification initiale. Les tactiques de travail identitaire employées sont variables, à la fois défensives et évolutives, et s'accompagnent de comportements multiples, allant du rejet des missions attendues à des prises d'initiative favorables aux objectifs. Ainsi, une posture de désidentification forte serait surtout propice à un travail d'évolution, permettant progressivement l'acceptation puis l'endossement du comportement attendu. Une posture d'identification conflictuelle induirait, quant à elle, une travail de défense fort, empêchant les évolutions identitaires et la mise en œuvre d'une tenue de rôle totalement favorable. Une posture d'identification neutre conduirait à un léger travail identitaire, permettant l'endossement voire l'instigation du comportement souhaité par l'organisation. Enfin, une posture d'identification forte serait animée par un travail identitaire intense, visant autant l'endossement que le rejet du comportement attendu.

Nous proposons que le travail identitaire permet de mettre en œuvre des comportements favorables à la transition vers un rôle de médecin-gestionnaire, malgré une posture d'identification a priori contraignante. C'est le cas du responsable du pôle Couple-Enfant qui, se désidentifiant fortement à son rôle, peut toutefois, grâce à un travail d'évolution identitaire, endosser et promouvoir totalement la réflexion médico-économique attendue. C'est également le cas du responsable du pôle Anesthésie-Réanimation qui, à partir d'un rare travail d'évolution identitaire, parvient à mettre en œuvre des raisonnements médico-économiques tranchés. C'est ensuite le cas du responsable du pôle Psychiatrie-Neurologie qui, s'identifiant pourtant de manière neutre à son rôle, instigue finalement des réflexions médico-économiques, à partir d'un travail d'évolution identitaire. C'est enfin le cas du responsable du pôle Appareil Locomoteur aussi qui, malgré une posture d'identification forte à son rôle, nécessite tout de même un travail de défense identitaire pour mettre en œuvre la réflexion attendue. Le travail identitaire constitue donc un travail nécessaire mais variable pour l'individu dans le cadre de sa transition de rôle. Nous répondons ainsi à notre troisième question de recherche.

Réponse à la question de recherche n°3 :

Un médecin peut tenir un rôle de médecin-gestionnaire au travers d'alternances de tactiques de défense et d'évolution identitaires. C'est à ce prix qu'il peut adopter des comportements a priori incompatibles avec sa posture d'identification initiale. Ce travail identitaire est dépendant du contexte d'interaction.

Ce constat nous permet de discuter plus finement nos résultats.

Implications de nos résultats sur les spécificités du travail identitaire lors de transitions vers un rôle de médecin-gestionnaire

Suite à la réponse à notre troisième question de recherche, nous proposons que les médecins effectuant une transition vers un rôle de médecin-gestionnaire à la fois protègent et transforment leur identité, sans jamais totalement ni définitivement l'adapter au rôle. Bien que la littérature soulève un débat entre la stabilité et la malléabilité identitaires, nous suggérons que l'identité n'est ni défendue à tout prix, ni transformée dans l'action.

Proposition théorique n°3 : le travail identitaire mis en œuvre pour mener une transition vers un rôle de médecin-gestionnaire consiste en des alternances de tactiques de défense et d'évolution identitaires.

Nous discutons cet argument autour de trois axes de réflexion : la multiplicité des tactiques de travail identitaire pour un même individu, l'aspect éphémère de ce travail identitaire, ainsi que la faible intensité de ce dernier.

D'abord, nous suggérons que le travail identitaire permettant d'accéder à un rôle de médecin-gestionnaire est multiple. Il ne consiste pas en une seule forme de tactique, mais associe des mécanismes de défense et d'évolution. Dans notre étude, nous ne retrouvons ni une défense de l'identité professionnelle à tout prix (voir notamment McDonald et al., 2008 ; Thomas et Davies, 2005), ni une évolution totale et définitive de celle-ci (voir notamment Ibarra, 1999 ; Pratt et al., 2006). Cela ne signifie pourtant pas que les individus effectuant ce type de transition se trouvent dans une démarche de négociation identitaire (voir par exemple Kreiner et al., 2006a). En effet, les responsables de pôle étudiés ne procèdent pas par arrangements définitifs entre ce qu'ils sont et ne sont pas. Ils préfèrent alterner les possibilités. Les

Partie III. Une étude de la transition par le travail identitaire de médecin-gestionnaire

individus mettent donc plutôt en œuvre une sorte d'opportunisme identitaire, qui privilégie tantôt un maintien de ses significations personnelles en fonction d'un contexte particulier, tantôt une évolution de celles-ci dans un autre contexte. L'identité est ici adaptable en fonction des circonstances de l'action.

Proposition théorique n°3a : le travail identitaire mis en œuvre pour mener une transition vers un rôle de médecin-gestionnaire est multiple.

Ensuite, nous avançons que le travail identitaire permettant d'accéder à un rôle de médecin-gestionnaire est éphémère (comme le suggère l'idée d'identités provisoires d'Ibarra, 1999). En effet, dans notre étude, les responsables de pôle n'hésitent pas à changer de tactique de travail identitaire en fonction du contexte. Ce changement ne tient alors pas forcément compte des tactiques précédemment effectuées. Ce phénomène est visible auprès des responsables des pôles Anesthésie-Réanimation, Psychiatrie-Neurologie, et Appareil Locomoteur, qui alternent entre défense et évolution identitaire, sans qu'il n'y ait jamais stabilisation des changements effectués. Par exemple, ce n'est pas parce que le responsable du pôle Appareil Locomoteur décide de faire évoluer son identité dans un conflit avec la direction pour y intégrer des significations plus cliniques qu'il adopte pour autant ces significations dans son identité de manière définitive. Seul le responsable du pôle Couple-Enfant semble incorporer les adaptations identitaires durablement dans sa posture. La posture identitaire peut donc subir des aménagements seulement ponctuels.

Proposition théorique n°3b : le travail identitaire mis en œuvre pour mener une transition vers un rôle de médecin-gestionnaire est éphémère.

Enfin, nous proposons que le travail identitaire permettant d'accéder à un rôle de médecin-gestionnaire est de faible ampleur. En effet, notre étude révèle que les médecins ne se redéfinissent pas profondément dans l'action et procèdent seulement à quelques ajustements. Par exemple, le responsable du Couple-Enfant, bien que semblant évoluer sur la durée, ne remet pas fortement en question son identité. Il ne fait que l'enrichir, la nuancer (au sens de Pratt et al., 2006). Il reste un « responsable médical de pôle », mais utilise les significations économiques de son rôle afin de pouvoir continuer d'agir en tant que tel auprès de la direction

Partie III. Une étude de la transition par le travail identitaire de médecin-gestionnaire

de l'établissement. Il en va de même pour le responsable du pôle Appareil Locomoteur qui, pour ne pas modifier ses habitudes de gestion et négocier certaines décisions avec la direction, intègre des significations cliniques dans sa posture de chef d'entreprise médical. Il ne change pourtant pas de posture. Le travail d'évolution identitaire dans le cadre de cette transition consiste donc davantage en un travail d'aménagement plutôt que de transformation identitaire.

Proposition théorique n°3c : le travail identitaire mis en œuvre pour mener une transition vers un rôle de médecin-gestionnaire est de faible ampleur.

Ces implications théoriques suggèrent des conséquences pour la pratique. En effet, étant donné l'adaptabilité de l'identité des médecins lors de la tenue de leur rôle, il est souhaitable que l'accompagnement dans la transition vers un rôle de responsable de pôle s'effectue dans l'action par des activités pratiques plutôt que par des discours théoriques. Nous incitons donc les établissements de santé à mettre en place des dispositifs d'accompagnement dans la pratique-même du rôle, permettant de guider la compréhension du rôle de responsable de pôle au fil des problématiques abordées. Pour plus de facilité, il nous semble judicieux que l'accompagnant soit un membre de la direction en partie dédié au suivi du pôle, plutôt qu'un intervenant externe à l'établissement. Cet accompagnant devra surtout mettre l'accent sur les possibilités et limites du rôle prescrit, en rappelant au passage le cadre global d'exercice de ce rôle. Par exemple, étant donné le travail identitaire défavorable mis en œuvre dès lors que l'autonomie de décision est remise en question, ou que les moyens alloués ne rendent pas compte des gains d'activité du pôle, l'accompagnant devrait régulièrement rappeler au responsable de pôle les règles et contraintes de l'établissement en la matière. A ce sujet-là, d'ailleurs, un accompagnement plus collectif pourrait également être envisagé via des rencontres entre les différents médecins concernés pour discuter des difficultés qu'ils rencontrent dans la tenue de leur rôle de responsable de pôle. De leur côté, les instances publiques pourraient rendre obligatoires ces réunions, ainsi que le principe d'accompagnement personnalisé.

Proposition managériale n°3 : les établissements de santé et les instances publiques pourraient mettre en place des dispositifs d'accompagnement sur le terrain, sous la forme de tutorat par exemple, plutôt que théoriques, afin d'aider les médecins à délimiter les contours de leur rôle.

Comme nous l'avons vu, en réponse à notre troisième question de recherche, le travail identitaire mis en œuvre par les médecins pour effectuer une transition vers un rôle de médecin-gestionnaire se fait par alternance de tactiques défensives et évolutives dépendantes du contexte d'action. Un individu en désidentification forte peut donc adapter son identité et mettre en œuvre le comportement attendu par l'organisation ; un individu en identification conflictuelle peut sélectionner une partie de son identité, occulter l'autre, pour assurer ce même comportement ; un individu en identification neutre ou en identification forte peut simplement défendre son identité pour tenir ce comportement attendu. Nous constatons au-delà de ce phénomène que ces tactiques sont multiples chez un même individu, qui va tantôt protéger son identité, tantôt l'adapter ; qu'elles sont également éphémères, ponctuelles, l'individu ne préférant pas transformer définitivement sa posture identitaire ; qu'elles sont enfin de faible ampleur, l'individu ne faisant qu'aménager cette dernière en y intégrant ou en occultant certaines significations appropriées ou non à la situation. Ces éléments de discussion nous amènent à envisager des dispositifs d'accompagnement très pratiques de la transition, allant même jusqu'à un tutorat de chaque médecin par un membre de la direction. Ces réflexions ayant mis en avant la variété de ces tactiques de travail identitaire en fonction des situations, nous discutons à présent leur contexte d'utilisation.

9.2.2. Le travail identitaire contextualisé des médecins en transition vers un rôle de médecin-gestionnaire

Comme nous venons de le voir, le travail identitaire d'un médecin en transition vers un rôle de médecin-gestionnaire est varié, alternant les tactiques de défense et d'évolution jusqu'à en sembler aléatoire. Nous proposons à présent que ce travail identitaire n'est pas aléatoire mais change en fonction du contexte dans lequel la tenue du rôle s'effectue. Nous discutons donc à présent la dimension du contexte en pointant l'importance de la prise en considération et de la construction des contours qui délimitent le rôle de médecin-gestionnaire. Deux aspects semblent plus particulièrement pertinents dans notre cas : le principe et l'étendu de la délégation, et le lien entre le niveau d'activité et les ressources allouées.

Le travail identitaire des médecins face à l'étendue de la délégation

Nous constatons que les changements de tactiques de travail identitaire chez les médecins étudiés sont liés aux questions de délégation à l'égard de la direction. En effet, les cas des responsables des pôles Couple-Enfant, Anesthésie-Réanimation, et Appareil Locomoteur montrent que le passage de la défense à l'évolution identitaire a lieu en fonction de l'étendue de l'autonomie de gestion qui leur est conférée.

Dans le cas du responsable du pôle Couple-Enfant, le manque, voire l'absence de marge de manœuvre dans la réflexion médico-économique conduit le médecin à défendre sa posture identitaire de « responsable médical de pôle », uniquement intéressé par le soin aux patients. C'est le cas, par exemple, de la mutualisation des coursiers et de l'organisation de l'HCE, où les décisions ont été prises en amont par la direction, et où la possibilité de négociation qui lui est laissée est très faible – il ne peut qu'évaluer les résultats des décisions. Il y a alors tentative de combat avec la direction par le rejet de la réflexion médico-économique. En revanche, dans toutes les autres problématiques évoquées, une certaine liberté lui est laissée dans la négociation : bien qu'étant contraint par les limites financières fixées par la direction, il reste force de proposition concernant l'organisation interne du pôle et les priorités à accorder. Dans ces situations, il fait alors évoluer sa posture identitaire, en y intégrant la dimension économique, afin de pouvoir continuer le combat avec la direction selon les nouvelles règles établies. La réflexion médico-économique est alors endossée.

Dans le cas de la responsable du pôle Anesthésie-Réanimation, le manque de marge de manœuvre entraîne également une défense de la posture identitaire, défavorable à la mise en œuvre du comportement attendu. Cette réaction est visible lorsqu'il est question de projets ayant déjà subi des échecs – comme, par exemple, les projets de trauma centre, de CCA, et de NPT –, où le refus de la direction de les faire avancer n'a pas pris en considération les arguments, même médico-économiques, de la responsable de pôle. Il s'agit dans ce cas d'un phénomène proche de la lassitude et de l'épuisement, pour cette dernière, qui met un frein à la poursuite de la réflexion. Les critiques envers la direction et son rôle sont alors nombreuses et contraignantes. Au contraire, mais beaucoup plus rarement dans notre étude, lorsque les problématiques ont déjà fait leurs preuves – comme la valorisation de certaines activités pour l'obtention de personnel supplémentaire, par exemple –, la responsable de pôle est alors davantage prédisposée à faire évoluer son identité pour occulter ou minimiser sa désidentification. Dans ces situations, la réflexion gestionnaire est privilégiée.

Partie III. Une étude de la transition par le travail identitaire de médecin-gestionnaire

Dans le cas du responsable du pôle Appareil Locomoteur, ce phénomène est encore plus visible. Il ne s'agit pas ici de la faiblesse de sa marge de manœuvre, mais de la moindre diminution de son autonomie de gestion. Dès lors que la direction remet en question ses initiatives de gestion, tout en lui laissant un minimum d'autonomie, ce responsable de pôle préfère adopter des tactiques d'évolution identitaire pour tenter de contester cette intervention. C'est le cas par exemple de la demande de la direction de ne plus faire appel aux personnels intérimaires, qui oblige ce chirurgien à modifier ses habitudes de fonctionnement. Opposé, il ne se revendique plus uniquement comme chef d'entreprise médicale, focalisé sur le niveau d'activité de son pôle, mais également comme un dirigeant préoccupé par le bien-être de son personnel et la qualité des soins. Il utilise cette évolution identitaire pour contester puis négocier la réflexion médico-économique. A l'inverse, dès lors que la direction est en accord avec ses choix de gestion – par exemple, pour ses propositions de mesures dans le cadre du retour à l'équilibre financier –, il défend sa posture identitaire et met en œuvre le comportement attendu.

L'étendue de la délégation constitue donc bien, dans notre étude, un élément pris en considération par les responsables de pôle dans leur choix de leurs tactiques de travail identitaire. Ce phénomène montre que lorsque l'autonomie de gestion est considérée comme faible, les médecins en question ont tendance à effectuer un travail identitaire défavorable à la transition de rôle – défense identitaire pour les responsables des pôles Couple-Enfant et Anesthésie-Réanimation, évolution identitaire pour le responsable du pôle Appareil Locomoteur. A l'inverse, une plus grande marge de manœuvre est ici synonyme d'un comportement davantage favorable à la transition.

Le travail identitaire des médecins face au lien entre niveau d'activité et ressources allouées

Nous remarquons aussi que les changements de tactiques de travail identitaire chez les médecins étudiés sont liés au respect des nouvelles règles de tarification de leur activité. Plus précisément, ces changements seraient en relation avec le fonctionnement du lien entre le niveau d'activité dégagé par le pôle et les ressources lui étant attribuées en contrepartie. Ce phénomène se repère dans le comportement des responsables des pôles Anesthésie-Réanimation, Psychiatrie-Neurologie, et Appareil Locomoteur.

Partie III. Une étude de la transition par le travail identitaire de médecin-gestionnaire

Dans le cas du responsable du pôle Anesthésie-Réanimation, un lien défectueux entre le niveau d'activité dégagé par le pôle et les ressources allouées provoque un travail de défense identitaire limitant la transition vers le rôle attendu. Ce phénomène est également visible dans le cadre des projets ayant échoué, à savoir ceux du trauma centre, du NPT, et de la CCA. En plus de ne pas laisser d'autonomie à la responsable de pôle, ces projets sont également associés à une défaillance dans la logique de tarification à l'activité. En effet, bien qu'ayant été soumis à une réflexion médico-économique à plusieurs reprises, censée démontrer les économies et gains possibles pour le pôle et l'établissement, ces projets n'ont toutefois pas été retenus par la direction comme prioritaires. Face à cette limite dans le fonctionnement du mode de financement, la responsable de pôle renforce son travail de défense identitaire, critiquant l'échec, qu'elle considère comme injustifié, de ses projets. A l'inverse, lorsque le lien entre activité et ressources est appliqué par la direction, le médecin en question fait évoluer son identité pour endosser et trancher la réflexion médico-économique.

Dans le cas du responsable du pôle Psychiatrie-Neurologie, il existe également un phénomène de ce type, mais sa réaction est atypique. En effet, dans des circonstances où la logique de rétribution de l'activité ne fonctionne pas, plutôt que de mettre en œuvre un travail identitaire défavorable à la transition, il fait évoluer son identité pour contribuer davantage à la réflexion médico-économique et réparer ainsi le dysfonctionnement. C'est le cas pour les problématiques de la valorisation de l'activité de psychiatrie, de la détermination des objectifs d'activité de son pôle, et de la prise en considération des postes adaptés. Ces problématiques ne permettant pas le fonctionnement de la logique de tarification à l'activité, le responsable de pôle choisit de faire évoluer son identité pour y intégrer des aspects économiques, et ainsi justifier un comportement d'instigateur de la réflexion gestionnaire. Lorsque le lien entre activité et ressources est respecté, par contre, son travail identitaire est plutôt défensif, et permet d'endosser la réflexion médico-économique. Dans tous les cas, il reste dans sa posture identitaire de responsable de pôle respectueux des règles, soit pour les faire fonctionner, soit pour les réparer.

Dans le cas du responsable du pôle Appareil Locomoteur, enfin, ce phénomène se manifeste fortement. En effet, comme évoqué précédemment, ce chirurgien focalise son attention sur la production d'actes, en adéquation avec la logique du mode de tarification. Dès lors que cette logique de création d'activité est questionnée par la direction, il met en œuvre un travail d'évolution identitaire et entre dans une posture de refus de la réflexion. Ne rejetant toutefois pas complètement cette dernière, le responsable du pôle réoriente la discussion pour favoriser

Partie III. Une étude de la transition par le travail identitaire de médecin-gestionnaire

de nouveau la logique du mode de tarification. Il négocie. C'est par exemple le cas de la remise en question des interventions multiples, décision qu'il juge contraire à la valorisation de l'activité et qu'il refuse d'appliquer, faisant évoluer le débat vers sa conception de la gestion. De cette manière, son comportement médico-économique n'est finalement pas remis en cause. A l'inverse, dans les situations où la logique du mode de tarification est respectée, il endosse totalement et spontanément la réflexion gestionnaire souhaitée par la direction.

Le lien entre activité et ressources, tel qu'instauré par le nouveau mode de financement hospitalier, constitue aussi, dans notre étude, un élément pris en compte par les responsables de pôle pour choisir leur tactique de travail identitaire. Dès lors que ce lien n'est pas respecté par la direction, empêchant l'allocation de ressources en fonction de l'activité dégagée par le pôle, les responsables de pôle choisissent de mettre en œuvre un travail identitaire défavorable à la transition – défense pour la responsable du pôle Appareil Locomoteur, évolution pour le responsable du pôle Appareil Locomoteur. Etonnement, ce travail identitaire est plutôt favorable dans le cas du responsable du pôle Psychiatrie-Neurologie. A l'inverse, lorsque le lien est respecté, le travail identitaire est davantage favorable à la transition.

Comme ces deux types de problématiques le montrent dans notre étude, le travail identitaire des médecins, au cours de leur transition vers un rôle de médecin-gestionnaire, est contextualisé. Les responsables de pôle étudiés font varier leurs tactiques de travail identitaire en fonction à la fois du niveau de délégation qui leur est accordé, et du respect de la logique de tarification à l'activité. Dans la plupart des cas, leurs comportements consistent en des tactiques favorables à la transition lorsque la direction leur donne suffisamment d'autonomie pour négocier les décisions médico-économiques, et lorsque la direction permet à l'activité dégagée par le pôle d'être rétribuée par des ressources supplémentaires. A l'inverse, les tactiques s'opposent aux significations gestionnaires lorsque l'autonomie accordée est faible et le lien entre activité et ressources n'est pas garanti. Le travail de la posture d'identification des médecins à l'égard de leur rôle est donc effectué en fonction des opportunités et contraintes du contexte (Fine, 1996). Le contexte dans lequel s'inscrit le rôle étudié gagnerait donc à être délimité au travers de la clarification du niveau de délégation et des règles de tarification à l'activité. La construction et la compréhension des contours du rôle de médecin-gestionnaire pourraient constituer un enjeu important pour la gestion de ces transitions. Nous revenons sur ces idées au sein de notre conclusion générale.

SYNTHESE DE LA PARTIE III

Nous avons consacré cette troisième et dernière partie à une étude de la transition des médecins vers un rôle de médecin-gestionnaire sous l'angle du travail identitaire. Plus précisément, nous avons choisi d'analyser la manière dont l'identité est utilisée dans l'action par les médecins pour mettre en œuvre leur rôle. Dans un septième chapitre, nous avons d'abord mis en évidence un débat au sein de la littérature concernant les formes de travail identitaire utilisées par les individus pour répondre à des menaces du contexte. Ce débat met en opposition deux conceptions du travail identitaire. D'une part, une conception traditionnelle du travail identitaire est observée dans des circonstances de fortes menaces identitaires (rôle stigmatisant ou imposé), où celui-ci est utilisé à des fins de défense de l'identité vis-à-vis du rôle. D'autre part, une approche plus récente du travail identitaire est analysée dans des contextes de menaces identitaires moins fortes (micro ou macro-transitions de rôle), où celui-ci est utilisé dans l'optique d'une évolution de l'identité à l'égard du rôle. Face à ce débat, nous avons questionné de manière large les formes de travail identitaire mises en place dans le cadre d'une transition vers un rôle de médecin-gestionnaire.

Dans un huitième chapitre, nous avons détaillé la démarche méthodologique adoptée pour répondre à cette interrogation. Nous avons souligné l'utilisation de l'observation de réunions comme méthode de collecte des matériaux révélant le travail identitaire des quatre responsables de pôle sélectionnés précédemment, confrontés à des problématiques médico-économiques. Enfin, dans un neuvième chapitre, nous avons exposé nos résultats, en mettant en avant les formes de travail identitaire employées par les individus pour mettre en œuvre des comportements a priori en décalage avec leur posture identitaire. Nous avançons finalement que le travail identitaire s'effectue de manière contextuelle, l'individu choisissant de défendre ou de transformer son identité, de manière favorable ou non pour la transition, en fonction des problématiques de son cadre d'action. Les médecins seraient finalement en quête de compréhension des limites de leur rôle. La co-construction des contours du rôle de médecin-gestionnaire pourrait constituer un enjeu important pour la gestion de ces transitions.

Nos derniers éléments de réflexion nous amènent à envisager à présent une discussion plus générale de notre travail de thèse, permettant une compréhension globale des implications théoriques et pratiques, ainsi que des limites de nos trois études. Notre conclusion générale sera donc consacrée à cette discussion ainsi qu'au bilan de notre travail de thèse.

CONCLUSION GENERALE

Notre conclusion générale a pour objectif de faire le bilan de notre travail de recherche. Nous en rappelons rapidement ses intentions. Notre thèse est partie du constat de managérialisation des organisations publiques, tendance qui s'est notamment introduite au sein des hôpitaux français au travers de plusieurs réformes visant l'amélioration de la performance organisationnelle. Nous nous sommes focalisé sur la réforme de la nouvelle gouvernance hospitalière, ayant instigué la création de pôles d'activités (regroupements de services médicaux) et du rôle de responsable de pôle d'activité (médecin héritant de missions de gestion). Ce rôle, plus connu sous le nom de médecin-gestionnaire dans la littérature en gestion, s'avère cependant flou et problématique, autant dans la théorie que dans la pratique. Notre travail de thèse s'est inscrit dans le champ du comportement organisationnel. Sa vocation était double : mieux comprendre le phénomène de transition vers un rôle de médecin-gestionnaire sous l'angle individuel, et contribuer à des pistes de gestion de ce phénomène au niveau individuel, organisationnel, et institutionnel. Dans ce cadre, notre problématique générale a donc été la suivante : comment un médecin peut-il mener sa transition vers un rôle de médecin-gestionnaire ?

Nous avons inscrit ce travail dans le Paradigme Epistémologique Constructiviste Pragmatique (PECP), avec une comme souci la compréhension fine du phénomène de transition vers un rôle de médecin-gestionnaire. Ce travail s'est articulé autour des concepts de rôle – considéré en tant qu'institution intermédiaire – et d'identité – envisagé comme compromis entre significations individuelles et sociales. Ce travail a pris la forme d'une recherche entièrement qualitative, dans une démarche abductive. Plus précisément, notre thèse s'est présentée sous la forme d'une triple étude, chaque étude étant dépendante des autres, dans une logique progressive. D'abord, dans une première étude, nous avons étudié la transition en question de manière globale, par les dynamiques d'ajustement « rôle-individu ». Nous en avons soulevé la variété des ajustements possibles ainsi que l'importance de la dimension individuelle dans la réussite de ce type de transition. C'est pourquoi, dans une deuxième étude, nous avons choisi d'étudier ce même phénomène à partir d'une dimension individuelle, à savoir l'identification au rôle de médecin-gestionnaire et de ses conséquences sur la tenue de ce rôle. Nous en avons compris l'effet modérateur des postures d'identification sur la tenue d'un rôle ainsi que la place fondamentale de la pratique de ce rôle dans la réussite de la transition. Pour approfondir cette question de la pratique du rôle, nous avons finalement opté, dans une troisième étude, d'étudier ce phénomène de transition de manière micro, en nous focalisant sur le travail identitaire effectué par les médecins pendant la mise en œuvre de leur rôle. Nous avons fait

émerger de cette étude l'importance du travail identitaire dans l'action, comme moyen de justification de comportements a priori en décalage avec la posture identitaire du médecin.

Notre conclusion a vocation à revenir sur les résultats de ces trois études afin de les confronter les uns aux autres, et ainsi pouvoir répondre à notre problématique de base. Cette conclusion s'organise en deux temps. Dans un premier temps, nous discutons de manière transversale les résultats de nos études en interrogeant la distinction entre tenue de rôle en coulisses et tenue de rôle sur scène, en replaçant le rôle de médecin-gestionnaire dans sa constellation, et en envisageant les implications institutionnelles de la transition étudiée. Pour chacun de ces niveaux de discussion, nous avançons les implications théoriques et pratiques de nos résultats (X.1). Dans un second temps, nous concluons notre travail de thèse en resituant d'abord ses apports à la littérature sur les transitions de rôle concernées, puis en mettant en relief ses limites ainsi que les perspectives de recherche permettant de les dépasser (X.2).

X.1. LA DISCUSSION GENERALE DE NOS RESULTATS : AU-DELA DE LA TRANSITION VERS UN ROLE DE MEDECIN-GESTIONNAIRE

Ayant discuté séparément les résultats de nos trois études au sein de chacune de nos parties, nous ressentons à présent le besoin de prendre de la hauteur par rapport à ceux-ci afin d'en avoir une approche plus globale. Nous souhaitons donc ici discuter ces mêmes résultats mais de manière transversale, en les confrontant les uns aux autres et en en dégageant des implications théoriques et pratiques. Ces implications viennent enrichir celles que nous avons élaborées au sein de chacune de nos études. Notre discussion générale s'articule autour des trois thématiques qui nous semblent incontournables pour mieux comprendre le phénomène de transition vers un rôle de médecin-gestionnaire : la différenciation entre coulisses et scène dans l'identification et la tenue de rôle des médecins (X.1.1) ; la prise en compte de la constellation de rôle du médecin-gestionnaire dans la construction de rôle et d'identité des médecins (X.1.2) ; l'intégration des interactions entre médecins et institutions dans la compréhension de l'évolution du rôle et de l'identité de médecin-gestionnaire (X.1.3).

X.1.1. Des médecins entre coulisses et scène : les répétitions du rôle de médecin-gestionnaire

Nos études mettent en avant des résultats potentiellement contradictoires concernant la tenue de rôle et l'identité des médecins en transition. Notamment, pourquoi les identités repérées lors de notre troisième partie sont-elles en décalage avec celles mises en évidence dans notre deuxième partie ? Et pourquoi les comportements utilisés dans le rôle sont-ils variables d'une partie à l'autre ? Nous suggérons que les médecins étudiés jouent des rôles de médecin-gestionnaire différents selon qu'ils se trouvent en coulisses ou sur scène (Goffman, 1973). Les résultats de nos deux premières parties ont été obtenus à partir d'entretiens, où les médecins étaient seuls et non soumis à des règles de fonctionnement strictes, alors que ceux de notre troisième partie l'ont été à partir d'observations, où ils étaient cette fois-ci confrontés à des normes de représentation fortes. En ce sens, nos deux premières études peuvent donc se référer à des coulisses, où les médecins se préparent et conçoivent une ligne de conduite (Goffman, 1998), et notre troisième étude peut concerner la scène où le rôle est mis en œuvre,

testé. Plus particulièrement, les médecins afficheraient en coulisses leur identité globale (au sens d'Epstein, 1980, cité par Ashforth, 2001), mais utiliseraient sur scènes de multiples identités (Ashforth, 2001) fournies par leur répertoire identitaire, en fonction de leur saillance vis-à-vis du contexte. Aussi, nous pouvons envisager que les médecins en question se situent dans une phase de test des identités possibles (Ibarra, 1999) dans le rôle de médecin-gestionnaire. Ce test expliquerait alors la variété des identités mises en œuvre, et donc les décalages observés entre nos différentes parties.

Au niveau de l'accompagnement de la transition vers un rôle de médecin-gestionnaire, cette explication théâtrale va dans le sens de la prise en compte de l'action sur scène au détriment de la réflexion en coulisse – étant donné que cette dernière ne guide pas nécessairement l'action sur scène. Les établissements de santé pourraient alors se focaliser davantage sur un accompagnement personnalisé, sur le terrain, au moment de la tenue du rôle. Il s'agirait par exemple de simples tutorats individuels avec des membres de la direction générale, où ces derniers auraient comme rôle de préciser ponctuellement les liens entre les intérêts et idéaux des médecins et eux de l'établissement, ainsi que les limites du rôle prescrit. Il s'agirait aussi pour les établissements de santé de mieux comprendre les circonstances dans lesquelles sont activées certaines identités, afin de pouvoir cibler les éléments problématiques qui empêchent l'utilisation d'une identité favorable à la tenue du rôle. L'accompagnement par un membre de la direction constituerait une solution intéressante car elle permettrait d'avoir un suivi de proximité du comportement des médecins concernés. Toutefois, au-delà de cet accompagnement personnalisé, une gestion plus collective pourrait consister, en amont, à présenter le nouveau rôle au travers d'illustrations parlantes pour ces médecins (ou modèles de rôle). Par exemple, il serait judicieux de rapprocher et de situer le rôle de responsable de pôle parmi les rôles de chef d'entreprise et de chef de service, en veillant à bien clarifier les différences entre ces différents rôles. Ce rapprochement permettrait aux médecins de concevoir plus facilement des identités possibles adaptées au rôle prescrit.

X.1.2. Des médecins en interaction avec leur constellation de rôle : le partage du rôle de médecin-gestionnaire

Nos études mettent également l'accent sur les tensions entre l'individu et le collectif. En effet, nos différents résultats s'avèrent ambigus quant à la place du médecin dans la transition qu'il effectue. Pourquoi, collectivement (dans notre deuxième partie), le rôle peut-il être considéré comme tenu en adéquation avec les attentes de l'organisation, alors qu'individuellement (dans notre première partie), il ne l'est parfois pas ? Nous proposons qu'un rôle de médecin-gestionnaire ne consiste pas en un rôle strictement individuel mais qu'il s'inscrit dans une constellation composée d'acteurs avec lesquels il travaille de manière plus ou moins interdépendante – les cadres assistants, le directeur référent, ou encore les responsables médicaux sous sa responsabilité. Aussi, la négociation des frontières du rôle avec les membres de la constellation (Ayache et Laroche, 2010 ; Bauer et al., 1998 ; Fondas et Stewart, 1994 ; Graen, 1976, cité par Ashforth, 2001) donnerait la possibilité aux médecins de modifier fortement le contenu de leur rôle (les objectifs par exemple) sans pour autant se considérer, ni même être considérés, comme en décalage avec les attentes. C'est la constellation qui compenserait les ajustements réalisés par le responsable de pôle. Ce partage du rôle de médecin-gestionnaire expliquerait l'ambiguïté de nos résultats.

Dans cette logique, nous pouvons également considérer que les changements identitaires observés entre nos différentes études pourraient être liés à une évolution dans les relations de travail avec les membres de la constellation de rôle. Nous suggérons que l'identification à une relation (Sluss et Ashforth, 2007) peut s'avérer facilitatrice d'une identification à un rôle (Sluss et Ashforth, 2008). Le développement de significations partagées autour d'un rôle de responsable de pôle permettrait de recadrer les significations qu'un médecin attribue à ce rôle. Ce phénomène serait d'autant plus fort si les significations sont négociées avec un encadrant ou dirigeant de l'organisation (Ayache et Laroche, 2010 ; Connaughton et Daly, 2004), qui veille à rappeler la logique initiale du rôle, mais de manière large, pour accepter les significations attribuées par le médecin. L'identification relationnelle pourrait donc se révéler importante dans la réussite d'une transition de rôle de ce type (Currie et al., 2010). Elle expliquerait également l'ambiguïté de nos différents résultats.

Au niveau pratique, les implications de ce raisonnement vont dans le sens d'un accompagnement plus collectif de la transition vers un rôle de responsable de pôle. En effet, il est ici question de la coordination du responsable de pôle avec ses principaux collaborateurs. Pour favoriser cette coordination, il serait intéressant de développer des relations de proximité entre le responsable de pôle et les membres de sa constellation de rôle – cadres assistants, directeur référent, et responsables médicaux. Il pourrait notamment s'agir de former collectivement, et en petits groupes, les responsables de pôle et leurs collaborateurs, dès leur prise de fonction. Il pourrait aussi tout simplement s'agir de regrouper physiquement cette constellation au sein des locaux de l'établissement – chose n'étant pas systématiquement faite dans les établissements étudiés – pour favoriser les interactions informelles. Plus spécifiquement, il nous semblerait également intéressant de développer les relations entre le responsable de pôle et le membre de la direction qui l'accompagne. Pour cela, il pourrait simplement s'agir d'intégrer plus fréquemment le directeur référent aux réunions organisées par le pôle, et, dans l'autre sens, de faire intervenir plus souvent le responsable de pôle dans des réunions de direction de l'établissement. Nous proposons que ces rôles de responsable de pôle et de directeur référent soient envisagés comme une paire, au moins durant une période d'adaptation.

X.1.3. Des médecins face aux contradictions institutionnelles : la légitimation d'un nouveau rôle de médecin-gestionnaire

Nos différents résultats nous interrogent enfin du point de vue des interactions entre les institutions et la pratique. Nous suggérons que le rôle et l'identité sont retravaillés par l'individu lorsque ce dernier perçoit des logiques institutionnelles contradictoires. En effet, les changements d'identité et de manière de tenir le rôle, entre nos trois études, pourraient traduire des stratégies d'adaptation face à la logique gestionnaire diffusée par la réforme (via le rôle prescrit). Les hôpitaux constituent en effet des organisations hautement institutionnalisées (Ferlie et al., 1996), car influencées par des institutions à la fois publiques (les instances de tutelle, les structures intermédiaires, l'Etat) et professionnelles (les ordres et syndicats professionnels). En ce sens, elles peuvent représenter des sources de paradoxes (Perret et Josserand, 2003) pour les individus y travaillant, car étant soumis simultanément à ces deux logiques. Plus précisément dans notre cas, le rôle de responsable de pôle tel qu'il est

prescrit par la réforme, c'est-à-dire un rôle de gestion médicale, peut constituer une source de paradoxe face à des professionnels de santé dominés par des réflexions principalement médicales. Face à ces situations paradoxales, les médecins choisiraient non pas d'être des récepteurs passifs de la nouvelle logique institutionnelle mais plutôt des interprétateurs de la réforme (Meyer et Hammerschmid, 2006) : ils traduiraient individuellement le rôle prescrit pour résoudre les paradoxes qu'ils perçoivent, et ainsi pouvoir adapter le rôle à leurs contextes locaux (Creed et al., 2002 ; Creed et al., 2010 ; Valette et al., 2011).

Au-delà de cette idée, quelles implications l'interprétation des contradictions institutionnelles peut-elle avoir sur les institutions ? Nos investigations nous invitent à réfléchir aux dynamiques de changement institutionnel et aux interactions entre institutions, rôles et identités (Chreim et al., 2007 ; Patriotta et Lanzara, 2006 ; Rao et al., 2003). Comme le montre nos résultats, les médecins cherchent à justifier l'adoption d'une identité et d'un rôle personnalisés. Cette justification pourrait constituer l'amorce d'un processus de légitimation d'une nouvelle identité et d'un nouveau rôle de médecin-gestionnaire (Reay et al., 2006). Les médecins pourraient alors entrer dans une démarche de réinstitutionnalisation plus globale, en y intégrant d'autres acteurs. C'est ce que montrent notamment les récents mouvements sociaux des personnels hospitaliers et de leurs représentants – avec l'appel du Professeur André Grimaldi pour « sauver l'Hôpital public », évoqué au début de cette thèse. Les associations professionnelles pourraient alors jouer un rôle déterminant dans cette démarche (Greenwood et al., 2002). Les pouvoirs publics également, en prenant en considération les adaptations locales de la réforme.

D'un point de vue plus pratique, nos éléments de discussion vont dans le sens d'un suivi individualisé et collectif de la transition. En effet, nous conseillerions aux établissements de santé de prendre en considération les perceptions individuelles et critiques des médecins concernant le rôle de responsable de pôle prescrit. Les expressions d'un certain malaise dans le rôle pourraient constituer des signes de fragilité de ce rôle. Il serait donc préférable de les repérer rapidement afin de les prendre en compte dans les possibilités d'évolution du rôle prescrit (en termes de délégation, par exemple). De manière plus globale, nous recommandons aux établissements de santé et surtout aux instances publiques d'accompagner la mise en place du rôle prescrit de comités de suivi permettant de faire remonter les difficultés rencontrées par les médecins et leurs équipes. Ce suivi contribuerait à l'adaptation du rôle aux contraintes opérationnelles.

La discussion globale de nos résultats nous permet d'enrichir nos précédentes implications théoriques et pratiques concernant la transition vers un rôle de médecin-gestionnaire. Elle nous permet également de mieux comprendre les potentielles incohérences et ambiguïtés de notre différents résultats. D'abord, nous mettons en avant l'importance de distinguer les régions de coulisses et de scène dans la tenue du rôle de médecin-gestionnaire. Cette distinction nous conduit à proposer un accompagnement individualisé et opérationnel des médecins dans leur transition de rôle. Ensuite, nous mettons l'accent sur les phénomènes collectifs ou interpersonnels de partage de rôle et d'identification relationnelle permis par la constellation de rôle de médecin-gestionnaire. Cet aspect nous permet d'envisager la mise en place de dispositifs de rapprochement entre les différents collaborateurs des médecins. Enfin, nous soulevons l'importance de prendre en compte la dimension institutionnelle dans la transition des médecins. Ce constat nous amène à suggérer l'utilisation de dispositifs de suivi des difficultés rencontrées par les médecins dans leur transition, permettant de communiquer aux pouvoirs publics les dysfonctionnements du rôle prescrit dans la pratique.

X.2. LES CONCLUSIONS DE NOTRE RECHERCHE : DES TRANSITIONS VERS UN ROLE DE MEDECIN-GESTIONNAIRE

Après avoir discuté de manière globale les résultats de notre recherche, nous souhaitons ici en faire le bilan pour prendre un peu plus de hauteur encore par rapport à notre travail. Les conclusions que nous établissons à présent concernent d'abord les contributions de notre thèse. Nous reprenons l'ensemble de nos réponses aux questions de recherche afin d'en réaliser une synthèse et ainsi répondre à notre problématique générale, développée en introduction de cette thèse. Par ce biais, nous résumons la thèse que nous défendons ici (X.2.1). Cette synthèse nous permet ensuite de faire émerger les limites de notre travail de recherche, concernant autant notre cadre théorique que notre démarche méthodologique, et interrogeant la mise en pratique de notre posture épistémologique (X.2.2). Cette revue des limites de notre travail nous conduit finalement à mettre en avant les moyens que nous concevons pour les dépasser. Ce sont donc les possibles voies de recherche que nous soulevons en dernier lieu (X.2.3).

X.2.1. Les contributions de notre recherche : une meilleure compréhension de la transition vers un rôle de médecin-gestionnaire

Située dans le contexte de managérialisation des organisations professionnelles publiques, notre recherche a porté sur le phénomène individuel de transition vers un rôle de médecin-gestionnaire. Elle s'est construite autour de la problématique générale suivante.

| |
|--|
| Problématique générale de notre thèse : |
|--|

| |
|---|
| Comment un médecin peut-il mener sa transition vers un rôle de médecin-gestionnaire ? |
|---|

Suivant un raisonnement progressif, cette problématique s'est successivement déclinée en trois questions de recherche plus fines, dont les réponses ont été discutées indépendamment avant d'être analysées de manière transversale. Nous reprenons dans les prochains paragraphes nos différentes contributions de manière synthétique, concernant d'abord nos trois études, puis notre discussion générale, pour finalement élaborer notre thèse défendue en réponse à notre problématique de départ.

Nos trois principales contributions à la compréhension de la transition vers un rôle de médecin-gestionnaire

Nous synthétisons ici nos trois principales contributions de cette thèse, construites au travers de nos trois études respectives. Dans une première investigation, dont l'objectif était d'étudier la transition vers un rôle de médecin-gestionnaire de manière globale, nous avons fait appel à l'idée d'ajustements « rôle-individu » afin de questionner les possibilités d'ajustement des médecins pour mener leur transition. Nos résultats ont finalement mis en avant une relative aisance d'ajustement des médecins, contestée par la littérature. En prolongement de cette contribution théorique, nous avons mis l'accent sur l'importance de cadrer le rôle de médecin-gestionnaire dans la pratique afin de limiter les ajustements défavorables à la transition.

Synthèse des contributions de notre première étude

Question de recherche n°1 :

Par quels ajustements un médecin peut-il mener sa transition vers un rôle de médecin-gestionnaire ?

Réponse à la question de recherche n°1 :

Un médecin peut mener sa transition vers un rôle de médecin gestionnaire à partir de non-ajustements (situations de répliation), d'ajustements par l'individu (situations d'absorption), et d'ajustements par le rôle limités (situations de détermination des activités). Les ajustements par le rôle profonds (situations de détermination des objectifs) et les ajustements mixtes (situations d'exploration) peuvent conduire à un échec de la transition.

Proposition théorique n°1 : la transition vers un rôle de médecin-gestionnaire est possible par des ajustements variés, à l'exception des situations de détermination des objectifs du rôle et d'exploration.

Proposition théorique n°1a : l'autonomie des médecins n'est pas nécessairement remise en question lors de la transition vers un rôle de médecin-gestionnaire.

Proposition théorique n°1b : les conflits de rôle, entre médecin et médecin-gestionnaire, lors des transitions, peuvent s'avérer peu fréquents et peu contraignants.

Proposition théorique n°1c : les stratégies mises en œuvre par les médecins pour résoudre ou calmer leurs conflits de rôle ne nuisent pas forcément à la tenue du rôle.

Proposition managériale n°1 : les établissements de santé et les instances publiques pourraient cadrer de manière précise un rôle de médecin-gestionnaire au niveau de ses objectifs médico-économiques afin de faciliter et sécuriser la transition vers ce rôle.

Dans une deuxième investigation, dont l'objectif était d'étudier la transition vers un rôle de médecin-gestionnaire sous l'angle de l'identification au rôle, nous avons mobilisé la littérature sur les influences de l'identification sur la tenue d'un rôle afin d'interroger les postures d'identification des médecins favorables pour mener leur transition. Nos résultats ont finalement mis en avant l'importance relative de l'identification au rôle, qui permet de modérer la transition étudiée en customisant la tenue du rôle. En prolongement de cette

contribution théorique, nous avons mis l'accent sur l'importance d'accompagner de manière personnalisée les médecins dans la pratique afin de cibler leurs intérêts et préférences en termes de gestion.

Synthèse des contributions de notre deuxième étude

Question de recherche n°2 :

De quelle manière un médecin peut-il tenir un rôle de médecin-gestionnaire lorsqu'il adopte une posture d'identification alternative ?

Réponse à la question de recherche n°2 :

Un médecin peut tenir un rôle de médecin-gestionnaire de différentes manières, suivant la posture d'identification qu'il adopte : une posture de désidentification forte peut le conduire à un détournement de la logique du rôle prescrit ; une posture d'identification conflictuelle peut le mener à un respect du rôle prescrit, mais sous-tensions ; une posture d'identification neutre peut l'inciter à une mise en application stricte du rôle prescrit ; une posture d'identification forte peut l'engager dans une adaptation partielle du rôle prescrit. La posture d'identification peut donc customiser la tenue d'un rôle de médecin-gestionnaire.

Proposition théorique n°2 : l'identification à un rôle de médecin-gestionnaire est possible et modératrice, mais n'est pas indispensable pour effectuer ce type de transition – la désidentification forte est cependant néfaste.

Proposition théorique n°2a : la désidentification à l'égard d'un rôle de médecin-gestionnaire n'est pas systématique lors d'une transition de ce rôle.

Proposition théorique n°2b : la posture d'identification d'un médecin à l'égard de son rôle de médecin-gestionnaire customise en partie la manière dont il le met en œuvre.

Proposition théorique n°2c : la désidentification à l'égard d'un rôle de médecin-gestionnaire peut survenir même lorsque le médecin a sciemment accepté la transition et que celle-ci est de magnitude modérée.

Proposition managériale n°2 : les établissements de santé et les instances publiques pourraient mettre en place des dispositifs d'accompagnement personnalisés, en fonction de l'intérêt de chaque médecin pour la gestion, plutôt que collectifs, afin d'aider les médecins à s'accommoder des logiques portées par le rôle.

Dans une troisième investigation, dont l'objectif était d'étudier la transition vers un rôle de médecin-gestionnaire de manière micro, nous avons utilisé le concept de travail identitaire comme outil d'analyse. Nos résultats ont finalement mis en avant l'utilisation alternée de tactiques de défense et d'évolution identitaire permettant de justifier des comportements en décalage avec la posture identitaire des médecins. En prolongement de cette contribution théorique, nous avons mis l'accent sur l'importance d'accompagner sur le terrain les médecins dans la tenue de leur rôle afin de les guider dans leur réflexion médico-économique.

Synthèse des contributions de notre troisième étude

Question de recherche n°3 :

Au travers de quelles tactiques de travail identitaire un médecin peut-il tenir un rôle de médecin-gestionnaire ?

Réponse à la question de recherche n°3 :

Un médecin peut tenir un rôle de médecin-gestionnaire au travers d'alternances de tactiques de défense et d'évolution identitaires. C'est à ce prix qu'il peut adopter des comportements a priori incompatibles avec sa posture d'identification initiale. Ce travail identitaire est dépendant du contexte d'interaction.

Proposition théorique n°3 : le travail identitaire mis en œuvre pour mener une transition vers un rôle de médecin-gestionnaire consiste en des alternances de tactiques de défense et d'évolution identitaires.

Proposition théorique n°3a : le travail identitaire mis en œuvre pour mener une transition vers un rôle de médecin-gestionnaire est multiple.

Proposition théorique n°3b : le travail identitaire mis en œuvre pour mener une transition vers un rôle de médecin-gestionnaire est éphémère.

Proposition théorique n°3c : le travail identitaire mis en œuvre pour mener une transition vers un rôle de médecin-gestionnaire est de faible ampleur.

Proposition managériale n°3 : les établissements de santé et les instances publiques pourraient mettre en place des dispositifs d'accompagnement sur le terrain, sous la forme de tutorat par exemple, plutôt que théoriques, afin d'aider les médecins à délimiter les contours de leur rôle.

Notre thèse défendue pour la compréhension de la transition vers un rôle de médecin-gestionnaire

La synthèse de l'ensemble de nos contributions nous permet à présent d'envisager la thèse que nous défendons dans le cadre de ce travail de recherche. La thèse que nous défendons est donc que la transition vers un rôle de médecin-gestionnaire peut-être menée à partir d'ajustements variés ne remettant pas en question les objectifs-mêmes du rôle prescrit ; à partir de postures d'identification ne s'opposant pas radicalement aux significations portées par le rôle prescrit ; à partir de tactiques de défense et d'évolution identitaires alternées permettant de justifier des comportements en décalage vis-à-vis de la posture identitaire à l'égard du rôle prescrit.

De manière plus synthétique, **la thèse que nous défendons est que la transition vers un rôle de médecin-gestionnaire peut-être menée à partir d'ajustements et de postures d'identification variées, du moment que l'identité du médecin est capable d'être travaillée lors de la tenue du rôle.**

Pour rester fidèle à notre cheminement tout au long de ce travail de recherche, nous schématisons de manière progressive notre processus de construction de cette thèse défendue (voir la figure 13).

Problématique générale de la thèse :

Comment un médecin peut-il mener sa transition vers un rôle de médecin-gestionnaire ?

Première étude :

Etude globale de la transition vers un rôle de médecin-gestionnaire

Question de recherche n°1 :

Par quels ajustements un médecin peut-il mener sa transition vers un rôle de médecin-gestionnaire ?

Réponse à la question de recherche n°1 :

Un médecin peut mener sa transition vers un rôle de médecin gestionnaire à partir de répliquations, d'absorptions, et de déterminations d'activités. Les déterminations d'objectifs et les explorations peuvent conduire à un échec de la transition.

Deuxième étude :

Etude de la transition par l'identification au rôle de médecin-gestionnaire

Question de recherche n°2 :

De quelle manière un médecin peut-il tenir un rôle de médecin-gestionnaire lorsqu'il adopte une posture d'identification alternative ?

Réponse à la question de recherche n°2 :

Un médecin peut customier la manière de tenir un rôle de médecin-gestionnaire suivant la posture d'identification qu'il adopte. Les postures d'identification neutre, conflictuelle et forte sont favorables à la transition. La posture de désidentification forte ne l'est pas.

Troisième étude :

Etude de la transition par le travail identitaire de médecin-gestionnaire

Question de recherche n°3 :

Au travers de quelles tactiques de travail identitaire un médecin peut-il tenir un rôle de médecin-gestionnaire ?

Réponse à la question de recherche n°3 :

Un médecin peut tenir un rôle de médecin-gestionnaire au travers d'alternances de tactiques de défense et d'évolution identitaires. C'est à ce prix qu'il peut adopter des comportements a priori incompatibles avec sa posture d'identification initiale.

Réponse à la problématique générale de la thèse / thèse défendue :

Un médecin peut mener sa transition vers un rôle de médecin-gestionnaire à partir d'ajustements « rôle-individu » et de postures d'identification variés, du moment qu'il parvient à travailler son identité au cours de la tenue de son rôle.

Figure 13. La construction de la thèse que nous défendons

X.2.2. Les limites de notre recherche : l'étude inachevée de la transition vers un rôle de médecin-gestionnaire

Notre recherche n'est évidemment pas dépourvue de limites. Elle en comporte d'ailleurs un certain nombre qui nous amène à reconsidérer nos résultats. Nous distinguons d'abord les limites liées à notre cadre théorique, ensuite celles relatives à notre démarche méthodologique plus globale.

Les limites relatives à notre cadre théorique

Les premières limites que nous mettons en avant sont celles relatives au cadre théorique que nous avons mobilisé, surtout pour nos deux premières investigations. Dans l'une comme pour l'autre, nous avons de manière abductive eu recours à deux grilles d'analyse de nos résultats : d'une part la grille de Nicholson (1984) concernant les ajustements aux transitions de rôle, et d'autre part la typologie d'Ashforth (2001) relative aux postures d'identification à l'égard d'un rôle. Dans ces deux cas, nous avons été confronté à une interrogation et une contrainte fortes vis-à-vis de notre démarche de recherche et du type de matériaux que nous avons recueillis : la mesurabilité des comportements des médecins. En effet, les deux grilles utilisées suggèrent que les comportements individuels peuvent être situés au sein de grandes cases théoriques. Bien que notre attrait pour ces grilles ce soit développé progressivement au cours de nos investigations respectives, nous avons rencontré quelques difficultés à envisager les comportements étudiés comme binaires.

Par exemple, et c'est particulièrement celui-ci qui nous a posé problème, la grille de Nicholson (1984) est constituée comme une typologie d'inclusion / exclusion : soit il y a ajustement par l'individu, soit il n'en a pas ; soit il y a ajustement par le rôle, soit il n'y en a pas. Or, il est difficile dans la pratique, voire impossible, d'envisager des raisonnements de ce type, d'autant plus que notre logique était ici compréhensive, et non déductive. Afin de passer outre cette difficulté, nous avons raisonné de manière plus approfondie que la théorie le suggérait. Pour cela, nous avons considéré cette grille non pas à partir de dimensions binaires (oui / non) mais de continuums. Ainsi, pour chaque dimension (ajustement par l'individu et ajustement par le rôle), nous avons dû fixer nos propres règles pour décider de la

catégorisation des comportements. Bien que ce choix constitue une illustration peu exceptionnelle des choix qu'un chercheur doit effectuer dans le codage de ses matériaux, il nous a tout de même semblé révélateur d'une limite dans l'appréhension des comportements étudiés. Après tout, si nous avions opté pour des règles de codage différentes, qui nous dit que les résultats concernant l'ajustement des médecins à leur transition de rôle auraient été les mêmes ? Nous souhaitons donc relever cette limite de notre travail de recherche.

De plus, ces choix de cadre théorique ont également pu limiter notre mobilisation et notre interprétation des matériaux. En effet, l'utilisation de grilles d'analyse préétablies, bien qu'a priori confortables pour le traitement des matériaux, s'avère cependant frustrante. Bien que celles que nous avons mobilisé nous soient apparues progressivement comme les plus adaptées à notre investigation, un regard en arrière nous laisse entrevoir de nombreux matériaux non-utilisés. Il est légitime de se demander si l'utilisation de ces grilles n'a pas dans un certain sens restreint notre analyse. Une approche plus inductive nous aurait peut-être permis de mieux valoriser la richesse de nos matériaux. Par exemple, une analyse plus systémique du travail des responsables de pôle avec les membres de leur constellation de rôle aurait pu faire émerger des comportements plus vastes de la part des médecins étudiés. Nous considérons donc aussi cette problématique de l'adéquation entre le cadre théorique et les matériaux recueillis comme une autre limite de notre travail de recherche.

Les limites relatives à notre démarche méthodologique

Les secondes limites que nous mettons en avant sont celles relatives à notre démarche méthodologique. Elles concernent d'abord l'aspect récent de la réforme étudiée. Bien que le phénomène de transition vers un rôle de médecin-gestionnaire ne soit pas nouveau dans le monde, il l'est beaucoup plus au sein du contexte que nous investiguons : celui des hôpitaux français. La réforme que nous étudions, celle de la nouvelle gouvernance, a été appliquée à partir de l'année 2007. Or, notre étude a commencé dès 2008, puis s'est prolongée jusqu'en 2011. Ce délai entre l'apparition du phénomène et son étude est très court. Il est évidemment propice à l'étude de la transition, car nos investigations ont correspondu à la prise de fonction des médecins, mais pas forcément favorable à la portée de nos résultats pour la littérature et surtout pour les praticiens. Ces résultats peuvent-ils apporter des solutions de gestion convenables à des organisations qui sont confrontées à des réformes de gestion en permanence ? Nous souhaitons effectivement rappeler un aspect que nous avons évoqué en

introduction de cette thèse : le rôle de responsable de pôle a été transformé récemment par les réformes en rôle de chef de pôle. Bien que n'évoluant peu, ce rôle est à présent accompagné, par exemple, de formations officielles à la gestion. Nous pouvons alors interroger les effets de cette formation sur la transition, mais aussi la place de nos préconisations par rapport à ces nouveaux dispositifs. La nouveauté de notre objet de recherche constitue donc une limite à notre travail.

Des limites méthodologiques supplémentaires à notre recherche reposent dans le format de notre investigation. En effet, bien qu'ayant souhaité initialement étudier le phénomène de transition de manière processuelle, les délais d'accès au terrain et de réalisation de cette thèse nous ont limité dans cette volonté. Or, surtout a posteriori, nous pensons que ce format d'investigation non-longitudinal a limité notre compréhension du phénomène de transition. Par exemple, dans notre troisième étude, nous avons mis en avant les éventuels comportements d'adaptation identitaire des médecins à leur nouveau rôle. Or, nous n'avons pas pu envisager cette possibilité d'évolution de manière plus approfondie par un suivi de réunions plus intense, par exemple. De même, en raison de difficultés d'emplois du temps, nous n'avons pas réussi à rencontrer les médecins responsables de pôle une nouvelle fois, après les avoir observé en réunion. Une étude plus longue de ce phénomène nous aurait certainement permis de construire des savoirs plus riches concernant le travail identitaire de ces médecins, ou encore l'évolution de leur posture d'identification. Le format de notre recherche constitue donc aussi une limite à notre travail.

Enfin, nous percevons aussi des limites à notre démarche concernant la manière dont nos résultats et implications ont été construits. En effet, bien que notre paradigme épistémologique de rattachement ne nous y oblige pas, nous aurions souhaité développer nos interactions avec les acteurs de notre terrain d'investigation. Bien qu'ayant été en contact continu avec un membre de la direction générale du CHU étudié pendant nos démarches d'entretiens et d'observations, nous l'avons beaucoup moins été au cours des autres phases de notre recherche – et cela pour diverses raisons d'emplois du temps. Or, il nous semble que ces interactions auraient été très pertinentes pour construire nos implications pratiques, par exemple. Comme nous l'avons précisé au cours de cette thèse, les acteurs du CHU (membres de la direction et responsables de pôle) nous ont confié à plusieurs reprises la proximité entre notre travail et leurs préoccupations dans leur travail quotidien. Des échanges plus forts auraient permis d'enrichir et de légitimer nos résultats et implications. Cet aspect représente là aussi une limite de notre thèse.

X.2.3. Les voies de recherche proposées : vers l'étude du processus de transition vers un rôle de médecin-gestionnaire

Au-delà des limites de notre travail, nous souhaiterions envisager les perspectives de recherche qui y sont liées. Ces perspectives répondent aux limites développées précédemment, mais vont aussi plus loin que la simple réparation de nos difficultés et regrets. Ces voies de recherches concernent à la fois les dimensions théoriques et méthodologiques de notre travail.

Les voies de recherche théoriques

Les perspectives de recherche que nous présentons concernent d'abord la dimension théorique de notre travail. Elles sont liées aux limites de compréhension du phénomène de transition, que nous avons évoqué plus haut. Dans l'optique d'approfondir ce phénomène, la mobilisation d'autres cadres théoriques nous paraît judicieuse. Par exemple, comme discuté dans nos implications, une approche par les paradoxes permettrait de mieux comprendre les contradictions qui se créent chez les médecins entre leurs significations soignantes, développées antérieurement, et les significations économiques diffusées par le rôle prescrit. Nous avons remarqué que ces médecins parvenaient la plupart du temps à travailler leur identité en interrogeant les problématiques médicales et gestionnaires. L'étude de la transition vers un rôle de médecin-gestionnaire pourrait donc se prolonger avec l'idée de travail identitaire des paradoxes institutionnels (dans la lignée des travaux de Creed et al., 2010). Une recherche de ce type permettrait non seulement de creuser la question de l'évolution identitaire (Pratt et al., 2006), mais aussi celle du lien entre cette identité et les phénomènes d'institutionnalisation ou de changement institutionnel (Chreim et al., 2007). Aussi, la construction interpersonnelle d'un rôle, et le développement d'identités interpersonnelles, sont des processus encore peu connus et traités dans la littérature (voir par exemple Sluss et Ashforth, 2007). Ils ne le sont pas du tout concernant les rôles de médecin-gestionnaire. Or, d'après nos résultats, ce sont des processus qui ont leur importance dans la transition vers un rôle de ce type. Des recherches à ces sujet permettraient donc de mieux comprendre le phénomène de transition.

De plus, des opportunités pratiques apparaissent pour l'élargissement de la réflexion théorique autour de ces transitions. En effet, de nouvelles réformes ont été instaurées, réformes impliquant des formations obligatoires pour les médecins s'engageant dans ce type de rôle. On peut aussi supposer que de nouvelles pratiques se créent à l'occasion de cette dynamique d'accompagnement. Il serait donc intéressant d'étudier la transition pas seulement du point de vue du médecin, mais aussi du point de vue de l'organisation et de ses outils de gestion. Bien que nous n'ayons pas fait émerger la formation des médecins comme un élément-clé dans la réussite de la transition, l'étude de ce type de dispositif permettrait de comprendre quel rôle jouent les compétences en gestion dans ce phénomène. L'étude des pratiques d'accompagnement de la transition vers un rôle de médecin-gestionnaire pourrait par conséquent constituer un axe de recherche à envisager.

Les voies de recherche méthodologiques

Les perspectives de recherches que nous présentons sont ensuite d'ordre méthodologique. Elles permettent d'envisager le dépassement des contraintes que nous avons rencontré dans le cadre de notre thèse. Il nous semble notamment incontournable d'envisager le phénomène de transition vers un rôle de médecin-gestionnaire dans une optique processuelle. Notre recherche donne des éléments de réflexions quant à des ajustements et des postures d'identification ponctuels, ou encore des micro-pratiques de travail identitaire, mais elle ne permet pas d'envisager ce que ces mêmes construits deviennent dans le temps. Or, une transition est avant tout un processus. Des voies de recherche s'ouvrent donc logiquement concernant les méthodologies utilisables pour traiter ce phénomène. La démarche méthodologique qui nous semble la plus importante est bien sûr une démarche longitudinale. Cette démarche permettrait de suivre des médecins-gestionnaires pendant plusieurs années, et surtout d'envisager la transition dans un processus plus large. Il serait intéressant par exemple d'étudier les phases amont de cette transition, et notamment le départ du précédent rôle : observer la tenue du précédent rôle, ou encore la nomination et l'intégration dans le nouveau. De même, il serait important d'en apprendre davantage sur les suites de cette transition, notamment lorsque le médecin quitte son rôle de médecin-gestionnaire (ce rôle étant soumis à un mandat de quatre ans) : est-ce qu'un médecin-gestionnaire peut alors redevenir un médecin aisément ? Seule une étude longitudinale nous paraît convenir pour l'étude processuelle de la transition.

Conclusion générale

Aussi, nous estimons que des voies de recherche méthodologiques sont à envisager concernant l'étude du rôle et de l'identité du médecin-gestionnaire au sein de sa constellation de rôle. En effet, comme notre thèse l'a montré, des implications émergent quant à l'imbrication du rôle de médecin-gestionnaire dans le contexte plus large de sa constellation. Afin de mieux comprendre ce phénomène, nous proposons pour de futures recherches d'observer en réunions et de mener des entretiens approfondis avec les principaux collaborateurs du responsable de pôle, en se focalisant sur l'articulation entre ces différents rôles. Par exemple, le rôle de directeur référent nous a semblé fortement porteur dans notre investigation. De futurs travaux pourraient tenter de suivre le couple formé par le responsable de pôle et le directeur référent dans les réunions auxquelles ils participent ensemble, mais aussi observer les changements de comportements du responsable de pôle lorsque le directeur référent est absent des réunions. Cette étude de la constellation du rôle de responsable de pôle constitue donc également une piste de recherche.

Ce travail ouvre donc plusieurs voies de recherche à ceux qui, comme nous, souhaitent (continuer à) s'engager dans l'étude des phénomènes de comportement organisationnel. Pour ceux ne l'ayant pas encore fait, nous espérons les avoir convaincus de mener cette transition. Leur identification à ce travail n'y est toutefois pas nécessaire...

BIBLIOGRAPHIE

Abbott A.D. (1988), *The system of professions: essay on the division of expert labour*, Chicago, University of Chicago Press.

Albert M.N. et Avenier M.J. (2011), L'élégitimation de savoirs élaborés dans une épistémologie constructiviste à partir de l'expérience de praticiens, *Recherches Qualitatives*, vol. 30, n°2, p. 22-47.

Allard-Poesi F. et Maréchal, C. (2007), La construction de l'objet de recherche, in Thietart R.A. (éd.), *Méthodes de recherche en management*, Paris, Dunod, 3^{ème} édition, p. 34-56.

Allard-Poesi F., Drucker-Godard C., et Ehlinger S. (2007), Analyse de représentations et de discours, dans Thietart R.A. (éd.), *Méthodes de recherche en management*, Paris, Dunod, 3^{ème} édition, p. 492-518.

Allard-Poesi F. et Perret V. (2005), Rôles et conflits de rôles du responsable projet, *Revue Française de Gestion*, vol. 31, n°154, p. 193-209.

Allen N.J. et Meyer J.P. (1990), The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization, *Journal of Occupational Psychology*, vol. 63, p. 1-18.

Alvesson M, Aschcraft K.L., et Thomas R. (2008), Identity matters: reflections on the construction of identity scholarship in organization studies, *Organization*, vol. 15, n°1, p. 5-28.

Alvesson M. et Sveningsson S. (2003), Good visions, bad micro-management and ugly ambiguity: contradictions of (non-)leadership in a knowledge-intensive organization, *Organization Studies*, vol. 24, n°6, p. 961-988.

Angle H.L. et Perry J.L. (1981), An empirical assessment of organizational commitment and organizational effectiveness, *Administrative Science Quarterly*, vol. 26, n°1, p. 1-14.

Anteby M. et Wrzesniewski A. (2007), Focusing on lone trees in the forest: members' experiences of a multiple identity organization, *Academy of Management Annual Meeting Proceedings*.

Arborio A.M. et Fournier P. (2010), *L'enquête et ses méthodes : l'observation*, Paris, Armand Colin, 3^{ème} édition.

Ashburner L., Ferlie E., et FitzGerald L. (1996), Organizational transformation and top-down change: the case of the NHS, *British Journal of Management*, vol. 7, n°1, p. 1-16.

Ashford S.J. et Black J.S. (1996), Proactivity during organizational entry: the role of desire for control, *Journal of Applied Psychology*, vol. 81, p. 199-214.

Ashforth B.E. (2001), *Role transitions in organizational life: an identity-based perspective*, Mahwah, New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates.

Ashforth B.E. et Kreiner G.E (1999), "How can you do it?": dirty work and the challenge of constructing a positive identity, *Academy of Management Review*, vol. 24, n°3, p. 413-434.

Ashforth B.E., Kreiner G.E., et Fugate M. (2000), All in a day's work: boundaries and micro role transitions, *Academy of Management Review*, vol. 25, n°3, p. 472-491.

Ashforth B.E. et Sakes A.M. (1995), Work role transitions: a longitudinal examination of the Nicholson model, *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, vol. 68, p. 157-175.

Avenier M.-J. et Gavard-Perret M.-L. (2008), Inscrire son projet de recherche dans un cadre épistémologique, dans Gavard-Perret M.-L., Gotteland D., Haon C., et Jolibert A. (éd.), *Méthodologie de la recherche, réussir son mémoire ou sa thèse en sciences de gestion*, Paris, Pearson, p. 5-39.

Avenier M.-J. (2010), Shaping a constructivist view of organizational design science, *Organization Studies*, vol. 31, n°9 et 10, 1229-1251.

Avenier M.-J. (2011), Les paradigmes épistémologiques constructivistes : post-modernisme ou pragmatisme, *Management et Avenir*, vol. 43, n°3, p. 372-391.

Avenier M.J. et Thomas C. (2011), Mixer quali et quanti pour quoi faire ? Méthodologie sans épistémologie n'est que ruine de la réflexion !, *Journée de l'Atelier Méthodologie de Recherche de l'AIMS « Les approches mixtes : combiner quantitatif et qualitatif »*, Caen.

Ayache M. et Laroche H. (2010), La construction de la relation managériale : le manager face à son supérieur, *Revue Française de Gestion*, vol. 36, n°203, p. 133-147.

Bamber E.M. et Iyer V.M. (2002), Big 5 auditors' professional and organizational identification: consistency or conflict?, *Auditing*, vol. 21, n°2, p. 21-38.

Baret C. et Claveranne J.-P. (2009), Editorial du dossier spécial : Défis des organisations de santé, défis des sciences de gestion, *Journal d'Economie Médicale*, vol. 27, n°1-2, p. 3-4.

Baret C., Minvielle E., et Nobre T. (2010), Editorial du dossier spécial : Le rôle des acteurs et des outils de gestion dans les transformations des organisations de santé, *Journal d'Economie Médicale*, vol. 28, n°3-4, p. 99-100.

Barley S. R., Tolbert P. (1997), Institutionalization and structuration: studying the links between actions and institution, *Organization Studies*, vol. 18, n°1, p. 93-117.

Bauer T.N., Morrison E.W., et Callister R.R. (1998), Organizational socialization : a review and directions for future research, dans Ferris G.R. (éd.), *Research in personnel and human resources management*, vol. 16, p. 149-214.

Beech N. (2008), On the nature of dialogic identity work, *Organization*, vol. 15, n°1, p. 51-74.

Beech N. (2010), Liminality and the practices of identity reconstruction, *Human Relations*, vol. 64, n°2, p. 285-302.

Beech N. et Johnson P. (2005), Discourses of disrupted identities in the practice of strategic change : the mayor, the street-fighter and the insider-out, *Journal of Organizational Change Management*, vol. 18, n°1, p. 31-47.

Berg A.M. (2006), Transforming public services - transforming the public servant?, *International Journal of Public Service Management*, vol. 19, n°6, p. 556-568.

Bhattacharya C.B et Elsbach K.D. (2002), Us versus them: the roles of organizational identification and disidentification in social marketing initiatives, *Journal of Public Policy and Marketing*, vol. 21, n°1, p. 26-36.

Biddle B. J. (1986), Recent developments in role theory, *Annual Review of Sociology*, vol. 12, p. 67-92.

Blanchet A. et Gotman A. (2007), *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*, Paris, Armand Colin, 2^{ème} édition.

Blenkinsopp J. et Stalker B. (2004), Identity work in the transition from manager to management academic, *Management Decision*, vol. 42, n°3-4, p. 418-429.

Bibliographie

- Bolton S. C. (2000), Nurses as managers: between a professional rock and an HRM hard place?, *Human Resource Development International*, vol. 3, n°2, p. 229-234.
- Bolton S. C. (2004), A simple matter of control? NHS hospital nurses and new management, *Journal of Management Studies*, vol. 41, n°2, p. 317-333.
- Braithwaite, J. et Hindle, D. (2001), Acute health sector reform: an analysis of the Australian Senate's proposals, *Australian Health Review*, vol. 24, n°1, p. 3-9.
- Brandsen T., Van De Donk W., et Putters K. (2005), Griffins or chameleons? Hybridity as a permanent and inevitable characteristic of the third sector, *International Journal of Public Administration*, vol. 28, n°9-10, p. 749-765.
- Brassier P. (2000), Le repositionnement du rôle de l'encadrement commercial intermédiaire : une approche par les représentations, *11^{ème} Congrès de l'AGRH*, Paris.
- Brewer M.B. (1991), The social self: on being the same and different at the same time, *Personality and Social Psychology Bulletin*, vol. 17, p. 475-482.
- Brooks I. (1999), Managerialist professionalism: the destruction of a non-conforming subculture, *British Journal of Management*, vol. 10, n°1, p. 41-52.
- Brown A.D. (1997), Narcissism, identity, and legitimacy, *Academy of Management Review*, vol. 22, n°3, p. 643-686.
- Brunel O. et Grima F. (2010), Faire face au conflit travail/école : analyse des stratégies d'ajustement, *M@n@gement*, vol. 13 n°3, p. 172-204.
- Brunson, N. et Sahlin-Andersson K. (2000), Constructing organizations : the example of public sector reforms, *Organization Studies*, vol. 21, n°4, p. 721-746.
- Buchanan B. (1974), Building organizational commitment: the socialization of managers in work organizations. *Administrative Science Quarterly*, vol. 19, n°4, p. 533-546.
- Burellier F. (2008), L'hybridation de rôle dans les hôpitaux publics : le compromis identitaire des professionnels-managers, *19^{ème} Congrès de l'AGRH*, Dakar.
- Burke P.J. et Reitzes D.C. (1981), The link between identity and role performance, *Social Psychology Quarterly*, vol. 44, n°2, p. 83-92.

Bibliographie

- Butterfield R., Edwards C., et Woodall J. (2004), The new public management and the UK police service: the role of the police sergeant in the implementation of performance management, *Public Management Review*, vol. 6, n°3, p. 395-415.
- Butterfield R., Edwards C., et Woodall J. (2005), The new public management and managerial roles: the case of the police sergeant, *British Journal of Management*, vol. 16, n°4, p. 329-341.
- Button W. J. et Roberts G. (1997), Communication, clinical directorates, and the corporate NHS, *Journal of Public Relations Research*, vol. 9, n°2, p. 141-162.
- Capron, D. (2006), *Conduite de changement au CHU*, Mémoire de stage, Master 2 Management stratégique des ressources humaines, Université Grenoble II.
- Carroll B. et Levy L. (2008), Defaulting to management: leadership defined by what it is not, *Organization*, vol. 15, n°1, p. 75-96.
- Chao G.T., O'Leary-Kelly A.M., Wolf S., et Klein H.J. (1994), Organizational socialization: its content and conséquences, *Journal of Applied Psychology*, vol. 79, p. 730-743.
- Charreire Petit S. et Durieux, F. (2007), Explorer et tester : les deux voies de la recherche, dans Thietart R.-A. (éd.), *Méthodes de recherche en management*, Dunod, Paris, 3^{ème} édition, p. 58-83.
- Chreim S., Williams B.E. et Hinings C.R. (2007), Interlevel influences on the reconstruction of professional role identity, *Academy of Management Journal*, vol. 50, n°6, p. 1515-1539.
- Clarke C.A., Brown A.D., et Hope Hailey V. (2009), Working identities? Antagonistic discursive resources and managerial identity, *Human Relations*, vol. 62, n°3, p. 323-352.
- Coenen-Huther J. (2005), Heurs et malheurs du concept de rôle social, *Revue Européenne des Sciences Sociales*, Tome XLIII, n°132, p. 65-82.
- Colle R. et Christin J. (2008), Couples à double carrière et articulation vie privée - vie professionnelle : le mariage de la carpe et du lapin ?, *19^{ème} Congrès de l'AGRH*, Dakar.
- Collinson D. (2003), Identities and insecurities: selves at work, *Organization*, vol. 10, n°3, p. 527-547.

Bibliographie

Comer D.R. (1991), Organizational newcomers' acquisition of information from peers, *Management Communication Quarterly*, vol. 5, n°1, p. 64-89.

Commeiras N., Fournier C., et Loubès A. (2003), Les tensions de rôle, la surcharge de travail et le système de contrôle, *14^{ème} Congrès de l'AGRH*, Grenoble.

Commeiras N., Loubès A., et Fournier C. (2009), Les effets des tensions de rôle sur l'implication au travail : une étude auprès des managers de rayon, *Management International*, vol. 13, n° 4. p. 73-89.

Connaughton S.L. et Daly J.A. (2004), Identification with leader: a comparison of perceptions of identification among geographically dispersed and co-located teams, *Corporate Communications: An International Journal*, vol. 9, n°2, p. 89-103.

Costas J. et Fleming P. (2011), Beyond dis-identification: a discursive approach to self-alienation in contemporary organizations, *Human Relations*, vol. 62, n°3, p. 353-378.

Creed W.E.D., De Jordy R., et Lok J. (2010), Being the change: resolving institutional contradiction through identity work, *Academy of Management Journal*, vol. 53, n°6, p. 1336-1364.

Creed W.E.D., Scully M.A., et Austin J.R. (2002), Clothes make the person? The tailoring of legitimating accounts and the social construction of identity, *Organization Science*, vol. 13, n°5, p. 475-496.

Crozier M. et Friedberg E. (1977), *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective*, Paris, Le Seuil.

Currie G., Finn R., et Martin G. (2010), Role transition and the interaction of relational and social identity: new nursing roles in the English NHS, *Organization Studies*, vol. 31, n°7, p. 941-961.

Das D., Dharwadkar R., et Brandes P. (2008), The importance of being 'Indian': identity centrality and work outcomes in an off-shored call center in India, *Human Relations*, vol. 61, n°11, p. 1499-1530.

Defélix C. (1999), La conduite d'un projet de reengineering global : une analyse des effets contre intuitifs, *Cahiers de Recherche du CERAG*.

Denis, J.-L., Lamothe, L., et Langley, A. (2001), The dynamics of collective leadership and strategic change in pluralistic organizations, *Academy of Management Journal*, vol. 44, n°4, p. 809-837.

Denissen A.M. (2010), The right tools for the job: constructing gender meanings and identities in the male-dominated building trades, *Human Relations*, vol. 63, n°7, p. 1051-1069.

Dechamp G. et Romeyer C. (2006), Trajectoires d'appropriation des principes de nouvelle gouvernance hospitalière par les médecins, *15^{ème} Congrès de l'AIMS Annecy/Genève*.

Dick P. (2005), Dirty work designations: how police officers account for their use of coercive force, *Human Relations*, vol. 58, n°11, p. 1363-1390.

DiMaggio P.J. et Powell W.W. (1983), The iron cage revisited institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields, *American Sociological Review*, vol. 48, n°2, p. 147-160.

Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (2003a), *Hôpital 2007*, dossier de presse.

Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (2003b), *Hôpital 2007*, *Lettre d'information de la DHOS n°1*, lettre d'information.

Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (2003c), *Hôpital 2007*, *Lettre d'information de la DHOS n°2*, lettre d'information.

Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (2004), *Hôpital 2007*, *Lettre d'information de la DHOS n°3*, lettre d'information.

Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (2006), *Présentation de la nouvelle gouvernance hospitalière*, circulaire.

Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (2008), *Résultats de l'enquête nationale de la nouvelle gouvernance*, présentation.

Doolin B. 2002, Enterprise discourse, professional identity and the organizational control of hospital clinicians, *Organization Studies*, vol. 23, n°3, p. 369-390.

Bibliographie

- Down S. et Reveley J. (2009), Between narration and interaction: situating first-line supervisor identity work, *Human Relations*, vol. 62, n°3, p. 379-401.
- Dubar C. (1995), *La socialisation : construction des identités sociales et professionnelles*, Paris, Armand Colin, 2^{ème} édition.
- Dubar C. et Tripier P. (2005), *Sociologie des professions*, Paris, Armand Colin, 2^{ème} édition.
- Dukerich J. M., Golden B. R., et Shortell S. M. (2002), Beauty is in the eye of the beholder: the impact of organizational identification, identity and image on the cooperative behaviors of physicians, *Administrative Science Quarterly*, vol. 47, n°3, p. 507-533.
- Dutton J.E. et Dukerich J.M. (1991), Keeping an eye on the mirror : image and identity in organizational adaptation, *Academy of Management Journal*, vol. 34. n°3, p. 517-554.
- Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (2008), *Etude qualitative relative à la mise en place de la nouvelle gouvernance dans les établissements publics de santé*, monographie.
- Eisenhardt K. et Graebner M.E. (2007), Theory building from cases: opportunities and challenges, *Academy of Management Journal*, vol. 50, n°1, p. 25-32.
- El-Sawad A., Arnold J., et Cohen L. (2004), 'Doublethink': the prevalence and function of contradiction in accounts of organizational life, *Human Relations*, vol. 57, n°9, p. 1179-1203.
- Elsbach K.D. (1999). An expanded model of organizational identification. dans Staw B.M. et Sutton R.I. (éd.), *Research in Organizational Behavior*, vol. 21, p. 163-200.
- Elsbach K.D. (2003), Relating physical environment to self-categorizations: a study of identity threat and affirmation in a non-territorial office space, *Administrative Science Quarterly*, vol. 48, n°4, p. 622-654.
- Elsbach K.D. (2009), Identity affirmation through 'signature style': a study of toy car designers, *Human Relations*, vol. 62, n°7, p. 1041-1072.
- Elsbach K.D. et Bhattacharya C.B. (2001), Defining who you are by what you're not: organizational disidentification and the National Rifle Association, *Organization Science*, vol. 12, n°4, p. 393-413.

Elsbach K.D. et Kramer R.M. (1996), Members' responses to organizational identity threats: encountering and countering the Business Week rankings, *Administrative Science Quarterly*, vol. 41, n°3, p. 442-476.

Emery Y. et Martin N. (2008), Quelle identité d'agent public aujourd'hui ? Représentations et valeurs au sein du service public suisse, *Revue Française d'Administration Publique*, vol. 127, n°3, p. 559-578.

Essers C. et Benschop Y. (2009), Muslim businesswomen doing boundary work: the negotiation of Islam, gender and ethnicity within entrepreneurial contexts, *Human Relations*, vol. 62, n°3, p. 403-423.

Every Y. (2005), La gestion par les résultats dans les organisations publiques : de l'idée aux défis de la réalisation, *Télescope*, vol.12, n°3, p. 1-11.

Faison Hewlin P. (2003), And the award for the best actor goes to...: facades of conformity in organizational settings, *Academy of Management Review*, vol. 28, n°4, p. 633-642.

Ferlie E., Ashburner L., Fitzgerald L., et Pettigrew A.M. (1996), *The new public management in action*, Oxford, Oxford University Press.

Ferlie, E. et Shortell, S.M. (2001), Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: a framework for change, *The Milbank Quarterly*, vol. 79, p. 281.

Fine G.A. (1996), Justifying work: occupational rhetorics as resources in restaurant kitchens, *Administrative Science Quarterly*, vol. 41, n°1, p. 90-115.

Fisher C.D. (1986), Organizational socialization: an integrative review, dans Rowland K.M. et Ferris G.R. (éd.), *Research in personnel and human resources management*, vol. 4, p. 101-145.

Fitzgerald L. et Ferlie E. (2000), Professionals: back to the future?, *Human Relations*, vol. 53, n°5, p. 713-739.

Fleming P. et Spicer A. (2003), Working at a cynical distance: implications for power, subjectivity and resistance, *Organization*, vol. 10, n°1, p. 157-179.

Fondas N. et Stewart R. (1994), Enactment in managerial jobs: a role analysis, *Journal of Management Studies*, vol. 31, n°1, p. 83-103.

Foote N.N. (1951), Identification as the basis for a theory of motivation, *American Sociological Review*, vol. 16, n°1, p. 14-21.

Foreman P. et Whetten D.A. (2002), Members' identification with multiple-identity organizations, *Organization Science*, vol. 13, n°6. p. 618-635.

Freidson E. (1988), *Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge*, Chicago, University of Chicago Press.

Gavard-Perret M.-L., Gotteland D., Haon C., et Jolibert A. (2008), *Méthodologie de la recherche, réussir son mémoire ou sa thèse en sciences de gestion*, Paris, Pearson.

Gavard-Perret M.-L. et Helme-Guizon A. (2008), Choisir parmi les techniques spécifiques d'analyse qualitative, dans Gavard-Perret M.-L., Gotteland D., Haon C., et Jolibert A. (éd.), *Méthodologie de la recherche, réussir son mémoire ou sa thèse en sciences de gestion*, Paris, Pearson. p. 247-279.

Gilbert P., Guérin F., et Pigeyre F. (2005), *Organisations et comportements : nouvelles approches, nouveaux enjeux*, Paris, Dunod.

Giordano Y. et Jolibert A., Spécifier l'objet de la recherche (2008), dans Gavard-Perret M.-L., Gotteland D., Haon C., et Jolibert A. (éd.), *Méthodologie de la recherche, réussir son mémoire ou sa thèse en sciences de gestion*, Paris, Pearson, p. 47-86.

Girin, J. (1989), L'opportunisme méthodique dans les recherches sur la gestion des organisations, *Journée d'étude « La recherche-action en action et en question »*, AFCET, Collège de systémique, École Centrale de Paris.

Glynn M.A. (2000), When cymbals become symbols: conflict over organizational identity within a symphony orchestra, *Organization Science*, vol. 11, n°3, p. 285-298.

Goffman E. (1973), *La mise en scène de la vie quotidienne 1: la présentation de soi*, Paris, Editions de Minuit.

Goffman E. (1998), *Les rites d'interaction*, Paris, Editions de Minuit.

Bibliographie

Golden-Biddle K. et Rao H. (1997), Breaches in the boardroom: organizational identity and conflicts of commitment in a nonprofit organization, *Organization Science*, vol. 8, n°6, p. 593-611.

Gotsi M., Andriopoulos C., Lewis M.W., et Ingram A.E. (2010), Managing creatives: paradoxical approaches to identity regulation, *Human Relations*, vol. 63, n°6, p. 781-805.

Greenwood R., Suddaby R., et Hinings C.R. (2002), Theorizing change: the role of professional associations in the transformation of institutionalized fields, *Academy of Management Journal*, vol. 45, n°1, p. 58-80.

Griffiths, R. (1983), National Health Services Management Inquiry Report, *Department of Health and Social Security*, London.

Guéry L. (2006), La conciliation de l'économique et du social par les managers de premier niveau à France Télécom : une analyse par les conflits de rôle, *16^{ème} Congrès de l'AGRH*, Paris.

Gunz H.P. et Gunz S.P. (1994), Professional/organizational commitment and job satisfaction for employed lawyers, *Human Relations*, vol. 47, n°7, p. 801-828.

Gunz H.P. et Gunz, S.P. (2002), The lawyer's response to organizational professional conflict: an empirical study of the ethical decision making of in-house counsel, *American Business Law Journal*, vol. 39, n°2, p. 241-287.

Hall D.T. (1971), A theoretical model of career subidentity development in organizational settings, *Organizational Behavior and Human Performance*, vol. 6, n°1, p. 50-76.

Hall D.T. et Schneider B. (1972), Correlates of organizational identification as a function of career pattern and organizational type, *Administrative Science Quarterly*, vol. 17, n°3, p. 340-350.

Hammer M. (1990), Reengineering work: don't automate, obliterate, *Harvard Business Review*, vol. 68, n°4, p. 104-111.

Hardy C., Lawrence T.B., et Grant D. (2005), Discourse and collaboration: the role of conversations and collective identity. *Academy of Management Review*, vol. 30, n°1, p. 58-77.

Herrbach O. et Kosmala K. (2005), Identification vs disidentification: what does it mean to be a professional ?, *Academy of Management Annual Meeting Proceedings*.

Herrbach O., Mignonac K., et Sire B. (2006), Identification ou implication organisationnelle ? Enjeux théoriques et de mesure pour la recherche en GRH, *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, vol. 59, p. 3-16.

Hlady Rispal M. (2002), *La méthode des cas, applications à la recherche en gestion*, Bruxelles, De Boeck Université.

Hogg M.A. et Terry D.J. (2000), Social identity and self-categorization processes in organizational contexts, *Academy of Management Review*, vol. 25, n°1, p. 121-140.

Holmer-Nadesan M. (1996), Organizational identity and space of action, *Organization Studies*, vol. 17, n°1, p. 49-81.

Honoré L. (2002), Transformation de la relation de travail, rupture de l'identité professionnelle et dynamique disciplinaire, *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, vol. 43, p. 102-113.

Hughes E.C. (1996), *Le regard sociologique*, Paris, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.

Ibarra H. (1999), Provisional selves: experimenting with image and identity in professional adaptation, *Administrative Science Quarterly*, vol. 44, n°4, p. 764-791.

Ibarra H. et Barbulescu R. (2010), Identity as narrative: prevalence, effectiveness, and consequences of narrative identity work in macro work role transitions, *Academy of Management Review*, vol. 35, n°1, p. 135-154.

Ibarra H. et Petriglieri J.L. (2007), Impossible selves: image strategies and identity threat in professional women's career transitions, *INSEAD working paper*.

Ibarra H. et Petriglieri J.L. (2010), Identity work and play, *Journal of Organizational Change Management*, vol. 23, n°1, p. 10-25.

Inspection Générale des Affaires Sociales (2009), *Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé*, rapport.

Bibliographie

Jacobs K. (2005), Hybridisation or polarisation: doctors and accounting in the UK, Germany and Italy, *Financial Accountability and Management*, vol. 21, n°2, p. 135-161.

Jaujard F. (2011), La transition de rôle, concept opératoire de gestion du changement, *Revue Française de Gestion*, vol. 37, n° 214, p. 29-44.

Jaujard F., Paraponaris C. (2007), Co-construction de rôle et dynamique de transition individuelle en situation de changement organisationnel, le cas des opérateurs de fabrication du semi-conducteur face à leur nouvelle situation de travail, *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, n°66, p. 43-56.

Kahn R.L., Wolfe D.M., Quinn R.P., Snoeck J., et Rosenthal R.A. (1964), *Organizational stress: studies in role conflict and ambiguity*, New York, Wiley.

Katz D. et Kahn R.L. (1978), *The social psychology of organizations*, New York, Wiley, 2^{ème} édition.

Kaufman J.M. et Johnson C. (2004), Stigmatized individuals and the process of identity, *The Sociological Quarterly*, vol. 45, n°4, p. 807-833.

Kaufmann J.-C. (2004), *L'invention de soi, une théorie de l'identité*, Paris, Hachette Littératures.

Kippist L. et Fitzgerald A. (2009), Organisational professional conflict and hybrid clinician managers : the effects of dual roles in Australian health care organisations, *Journal of Health Organization and Management*, vol. 23 n°6, p. 642-655.

Kirkpatrick I. et Ackroyd S. (2003), Archetype theory and the changing professional organization: a critique and alternative, *Organization*, vol. 10, n°4, p. 731-749.

Kornberger M. et Brown A.D. (2007), 'Ethics' as a discursive resource for identity work, *Human Relations*, vol. 60, n°3, p. 497-518.

Kosmala K. et Herrbach O. (2006), The ambivalence of professional identity: on cynicism and jouissance in audit firms, *Human Relations*, vol. 59, n°10, p. 1393-1428.

Kreiner G.E. et Ashforth B.E. (2004), Evidence toward an expanded model of organizational identification, *Journal of Organizational Behavior*, vol. 25, n°1, p. 1-27.

- Kreiner G.E., Hollensbe E.C., et Sheep M.L. (2006a), Where is the "me" among the "we"? Identity work and the search for optimal balance, *Academy of Management Journal*, vol. 49, n°5, p. 1031-1057.
- Kreiner G.E., Ashforth B.E., et Sluss D.M. (2006b), Identity dynamics in occupational dirty work: integrating social identity and system justification perspectives, *Organization Science*, vol. 17, n°5, p. 619-636.
- Kristof-Brown A.L., Zimmerman R.D., et Johnson E.C. (2005), Consequences of individuals' fit at work: a meta-analysis of person-job, person-organization, person-group, and person-supervisor fit, *Personnel Psychology*, vol. 58, p. 281-342.
- Lee S.M. (1971), An empirical analysis of organizational identification, *Academy of Management Journal*, vol. 14, n°2, p. 213-226.
- Le Moigne J.-L. (1990), Epistémologies constructivistes et sciences de l'organisation, dans Martinet A.-C. (éd.), *Épistémologies et sciences de gestion*, Paris, Economica, p 81-140.
- Le Moigne J.-L. (1995), *Les épistémologies constructivistes*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Lok J. (2010), Institutional logics as identity projects, *Academy of Management Journal*, vol. 53, n°6, p. 1305-1335.
- Lenay O. et Moison J.C. (2000), Croître à l'abri de la gestion ? Le cas du système hospitalier public français, *Cahiers de Recherche du CGS* n°17.
- Li J., Xin K. et Pillutla M. (2002), Multi-cultural leadership teams and organizational identification in international joint ventures, *International Journal of Human Resource Management*, vol. 13, n°2, p. 320-337.
- Llewellyn S. (2001), "Two-way window": clinicians as medical managers, *Organization Studies*, vol. 22, n°4, p. 593-623.
- Loubet G. (2007), *Du praticien hospitalier au médecin-gestionnaire : hybridation du métier et tensions de rôle. Une étude exploratoire*, Doctorat de sciences de gestion, Université Montpellier II.

Louis M.R. (1980), Career transitions: varieties and commonalities, *Academy of Management Review*, vol. 5, n°3, p. 329-340.

Lutgen-Sandvik P. (2008), Intensive remedial identity work: responses to workplace bullying trauma and stigmatization, *Organization*, vol. 15, n°1, p. 97-119.

Mael F.A. et Ashforth B.E. (1992), Alumni and their alma mater: a partial test of the reformulated model of organizational identification, *Journal of Organizational Behavior*, vol. 13, n°2, p. 103-123.

Mael F.A. et Ashforth B.E. (1995), Loyal from day one: biodata, organizational identification, and turnover among newcomers, *Personnel Psychology*, vol. 48, n°2, p. 309-333.

Martinet A.-C. (1990), *Épistémologies et sciences de gestion*, Paris, Economica.

Mathieu J.E. et Zajac D.M. (1990), A review and meta-analysis of the antecedents, correlates, and consequences of organizational commitment, *Psychological Bulletin*, vol. 108, n°2, p. 171-194.

McDonald R., Rogers A., et Macdonald W. (2008), Dependence and identity: nurses and chronic conditions in a primary care setting, *Journal of Health Organization and Management*, vol. 22, n°3, p. 294-308.

McGivern G., Addicott R., Ferlie E., et FitzGerald L. (2006), "Incidental" and "strategic" clinical-managerial hybrid identity, 22nd EGOS colloquium, Sub-theme 28: *Managing the public sector transparency versus accountability*, Bergen.

McLaughlin J. (2003), Risky professional boundaries: articulations of the personal self by antenatal screening professionals, *Journal of Health Organization and Management*, vol. 17, n°4, p. 264-279.

McNulty T. et Ferlie E. (2004), Process transformation : limitations to radical organizational change within public service organizations, *Organization Studies*, vol. 25, n°8, p. 1389-1412.

Mead G.H. (2006), *L'esprit, le soi, et la société*, Paris, Presses Universitaires de France.

Merton R.K. (1957), The role-set : problems in sociological theory, *British Journal of Sociology*, vol. 8, n°2, p. 106-120.

Bibliographie

Meyer J.P. et Allen N.J. (1991), Development of organizational commitment during the first year of employment: a longitudinal study of pre- and post-entry influences, *Journal of Management*, vol. 17, n°4, p. 717-733.

Meyer J.P., Allen N.J., et Smith C.A. (1993), Commitment to organizations and occupations: extension and test of a three-component conceptualization, *Journal of Applied Psychology*, vol. 78, n°4, p. 538-551.

Meyer R.E. et Hammerschmid G. (2006), Changing institutional logics and executive identities: a managerial challenge to public administration in Austria, *American Behavioral Scientist*, vol. 49, n°7, p. 1000-1014.

Meyer J.P. et Herscovitch L. (2001), Commitment in the workplace: toward a general model, *Human Resource Management Review*, vol. 11, n°3, p. 299-326.

Meyer J.P., Paunonen S.V., Gellatly I.R., Goffin R.D., et Jackson D.N. (1989), Organizational commitment and job performance: it's the nature of the commitment that counts, *Journal of Applied Psychology*, vol. 74, n°1, p. 152-156.

Meyer J.P., Stanley D.J., Herscovitch L., et Topolnytsky L. (2002), Affective, continuance, and normative commitment to the organization: a meta-analysis of antecedents, correlates, and consequences, *Journal of Vocational Behavior*, vol. 61, n°1, p. 20-52.

Miles M.B. et Huberman A.M. (2003), *Analyse des données qualitatives*, Bruxelles, De Boeck Université.

Miller V.D. et Jablin F.M. (1991), Information seeking during organizational entry: influences, tactics, and a model of the process, *Academy of Management Review*, vol. 16, n°1, p. 92-120.

Ministère de la Santé (2002), *Plan Hôpital 2007, présentation des mesures*.

Mintzberg H. (1982), *Structure et dynamique des organisations*, Paris, Editions d'Organisation.

Morrison E.W. (1993), Newcomer information-seeking: exploring types, modes, sources and outcomes, *Academy of Management Journal*, vol. 36, n°3, p. 557-589.

- Morrison E.W. (1995), Information usefulness and acquisition during organizational encounter, *Management Communication Quarterly*, vol. 9, n°2, p. 131-155.
- Mowday R.T., Steers R.M., et Porter L.W. (1979), The measurement of organizational commitment, *Journal of Vocational Behavior*, vol. 14, n°2, p. 224-247.
- Mucchielli A. (2009), *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines*, Paris, Armand Colin, 3^{ème} édition.
- Munton A. et West M. (1995), Innovation and personal change: patterns of adjustment to relocation, *Journal of Organizational Behavior*, vol. 16, n°4, p. 363-374.
- Nadin S. (2007), Entrepreneurial identity in the care sector: navigating the contradictions, *Women in Management Review*, vol. 22, n°6, p. 456-467.
- Neale M. et Griffin M. A. (2006), A model of self-held work roles and role transitions, *Human Performance*, vol. 19, n°1, p. 23-41.
- Nicholson N. (1984), A theory of work role transitions, *Administrative Science Quarterly*, vol. 29, p. 172-191.
- Niessen C., Binnewies C., et Rank J. (2010), Disengagement in work-role transitions, *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, vol. 83, n°3, p. 695-715.
- Noordegraaf M. (2007), From "pure" to "hybrid" professionalism: present-day professionalism in ambiguous public domains, *Administration and Society*, vol. 39, n°6, p. 761-785.
- Noordegraaf M. et Van Der Meulen M. (2008), Professional power play: organizing management in health care, *Public Administration*, vol. 86, n°4, p. 1055-1069.
- Niessen C., Binnewies C., et Rank J. (2010), Disengagement in work-role transitions, *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, vol. 83, p. 695-715.
- Ostroff C. et Kozlowski S.W.J. (1992), Organizational socialization as a learning process: the role of information acquisition, *Personnel Psychology*, vol. 45, n°4, p. 849-874.
- Paillé P. (2006), Qui suis-je pour interpréter ?, dans Paillé P. (éd.), *La méthodologie qualitative, postures de recherche et travail de terrain*, Paris, Armand Colin, p. 99-123.

Paillé P. (2006), *La méthodologie qualitative, postures de recherche et travail de terrain*, Paris, Armand Colin.

Parker S.K. (2007), "That is my job" : how employees' role orientation affects their job performance, *Human Relations*, vol. 60, n°3, p. 403-434.

Parmentier G. et Rolland S. (2009), Les consommateurs des mondes virtuels : construction identitaire et expérience de consommation dans Second Life, *Recherche et Applications en Marketing*, vol. 24, n° 3, p. 43-56.

Patriotta G. et Lanzara G.F. (2006), Identity, institutions, and new work roles: the case of a green field automotive factory, *American Behavioral Scientist*, vol. 49, n°7, p. 987-999.

Perret V. et Josserand E. (2003), *Le paradoxe : penser et gérer autrement les organisations*, Paris, Ellipses.

Perret V. et Séville M. (2007), Fondements épistémologiques de la recherche, dans Thietart R.-A. (éd.), *Méthodes de recherche en management*, Paris, Dunod. p. 13-33.

Pratt M.G. (2000), The good, the bad, and the ambivalent: managing identification among Amway distributors, *Administrative Science Quarterly*, vol. 45, n°3, p. 456-493.

Pratt M.G. et Rafaeli A. (1997), Organizational dress as a symbol of multilayered social identities, *Academy of Management Journal*, vol. 40, n°4, p. 862-898.

Pratt M.G., Rock K.W., et Kaufmann J.B. (2001), Making sense of socialization: how multiple social identities shape members' experiences of work, *Academy of Management Annual Meeting Proceedings*.

Pratt M.G., Rockmann K.W., et Kaufmann J.B. (2006), Constructing professional identity: the role of work and identity learning cycles in the customization of identity among medical residents, *Academy of Management Journal*, vol. 49, n°2, p. 235-262.

Pullen A. et Rhodes C. (2008), 'It's all about me!': gendered narcissism and leaders' identity work, *Leadership*, vol. 4, n°1, p. 5-25.

Pigeyre F. et Valette A. (2006), L'évolution du travail des chercheurs : de la fabrication de la science au management de la recherche, *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, vol. 61 p. 46-59.

Bibliographie

- Randall D.M. (1990), The consequences of organizational commitment: methodological investigation, *Journal of Organizational Behavior*, vol. 11, n°5, p. 361-378.
- Rao H., Monin P., et Durand R. (2003), Institutional change in Toque Ville: nouvelle cuisine as an identity movement in French gastronomy, *American Journal of Sociology*, vol. 108, n°4, p. 795-843.
- Reay T., Golden-Biddle K., et Germann K. (2006), Legitimizing a new role: small wins and microprocesses of change, *Academy of Management Journal*, vol. 49, n°5, p. 977-998.
- Riketta M. (2002), Attitudinal organizational commitment and job performance: a meta-analysis, *Journal of Organizational Behavior*, vol. 23, n°3, p. 257-266.
- Roberts L.M. (2005), Changing faces: professional image construction in diverse organizational settings, *Academy of Management Review*, vol. 30, n°4, p. 685-711.
- Rocheblave-Spenlé A.-M. (1962), *La notion de rôle en psychologie sociale*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Rothbard N.P. (2001), Enriching or depleting? The dynamics of engagement in work and family roles, *Administrative Science Quarterly*, vol. 46, n°4, p. 655-684.
- Rumens N. et Kerfoot D. (2009), Gay men at work: (re)constructing the self as professional, *Human Relations*, vol. 62, n°5, p. 763-786.
- Russel V., Wyness L.A., McAuliffe E., et Fellenz M. (2010), The social identity of hospital consultants as managers, *Journal of Health Organization and Management*, vol. 24, n°3, p. 220-236.
- Sainsaulieu R. (1996), *L'identité au travail*, Paris, Presses de Sciences Po, 3^{ème} édition.
- Saks A.M. et Ashforth B.E. (1997), Organizational socialization: making sense of the past and present as a prologue for the future, *Journal of Vocational Behavior*, vol. 51, n°2, p. 234-279.
- Santee R.T. et Jackson S.E. (1979), Commitment to self-identification: a sociopsychological approach to personality, *Human Relations*, vol. 32, n°2, p. 141-158.
- Schein E.H. (1986), What you need to know about organizational culture, *Training & Development Journal*, vol. 40, n°1, p. 30-33.

Simpson B. et Carroll B. (2008), Re-viewing 'role' in processes of identity construction, *Organization*, vol. 15, n°1, p. 29-50.

Skalen P. (2004), New public management reform and the construction of organizational identities, *The International Journal of Public Sector Management*, vol. 17, n°3, p. 251-263.

Slay H.S. et Smith D.A. (2011), Professional identity construction: using narrative to understand the negotiation of professional and stigmatized cultural identities, *Human Relations*, vol. 64, n°1, p. 85-107.

Sluss D.M. et Ashforth B.E. (2007), Relational identity and identification: defining ourselves through work relationships, *Academy of Management Review*, vol. 32, n°1, p. 9-32.

Sluss D.M. et Ashforth B.E. (2008), How relational and organizational identification converge: processes and conditions, *Organization Science*, vol. 19, n°6, p. 807-823.

Snow D.A., Anderson L. (1987), Identity work among the homeless: the verbal construction and avowal of personal identities, *American Journal of Sociology*, vol. 92, n°6, p. 1336-1371.

Somers M.J. et Birnbaum A.D. (1998), Work-related commitment and job performance: it's also the nature of the performance that counts, *Journal of Organizational Behavior*, vol. 19, n°6, p. 621-634.

Staw B.M. et Boettger R.D. (1990), Task revision: a neglected form of work performance, *Academy of Management Journal*, vol. 33, n°3, p. 534-559.

Stets J.E. et Burke P.J. (2000), Identity theory and social identity theory, *Social Psychology Quarterly*, vol. 63, n°3, p. 224-237.

Steward M.D., Hutt M.D., Walker B.A., et Kumar A. (2009), Role identity and attributions of high-performing salespeople, *Journal of Business & Industrial Marketing*, vol 24, n°7, p. 463-473.

Sturdy A., Brocklehurst M., Winstanley D., et Littlejohns M. (2006), Management as a (self) confidence trick: management ideas, education and identity work, *Organization*, vol. 13, n°6, p. 841-860.

Sundaramurthy C. et Kreiner G.E. (2008), Governing by managing identity boundaries: the case of family businesses, *Entrepreneurship Theory and Practice*, vol. 32, n°3, p. 415-436.

- Sveningsson S. et Alvesson M. (2003), *Human Relations*, vol. 56, n°10, p. 1163-1193.
- Sveningsson S. et Larsson M. (2006), Fantasies of leadership: identity work, *Leadership*, vol. 2, n°2, p. 203-224.
- Thietart R.-A. (2007), *Méthodes de recherche en management*, Dunod, Paris, 3^{ème} édition.
- Thomas R. et Davies A. (2005), Theorizing the micro-politics of resistance: new public management and managerial identities in the UK public services, *Organization Studies*, vol. 26, n°5, p. 683-706.
- Thomas R. et Linstead A. (2002), Losing the plot? Middle managers and identity. *Organization*, vol. 9, n°1, p. 71-93.
- Thornborrow T. et Brown A. (2009), Being regimented: aspiration, discipline and identity work in the British Parachute Regiment, *Organization Studies*, vol. 30, n°4, p. 355-376.
- Turner R.H. (1978), The role and the person, *American Journal of Sociology*, vol. 84, n°1, p. 1-23.
- Ulrich M.-A. (2003), Pôle d'activité et changement de gouvernance au CHU, *Gestions Hospitalières*, cahier 181, n°430, p. 717-718.
- Valette A. (2006), *Gouvernance et changement dans les organisations professionnelles publiques*, Habilitation à Diriger des Recherches, Université Lille I.
- Valette A., Fatien P., et Burellier F. (2011), Entre le stéthoscope et le compte de résultat, ce que nous disent les médecins-gestionnaires sur leur gestion des paradoxes, 20^{ème} Congrès de l'AIMS, Nantes.
- Van Maanen J. et Schein E.H. (1979), Toward a theory of organizational socialization, dans Staw B.M. (éd.), *Research in organizational behavior*, vol. 1, p. 43-103.
- Watson T. (2008), Managing identity: identity work, personal predicaments, and structural circumstances, *Organization*, vol. 15, n°1, p. 121-143.
- West M.A. (1987), Role innovation in the world of work, *British Journal of Social Psychology*, vol. 26, n°4, p. 305-315.

Bibliographie

West M. et Rushton R. (1989), Mismatches in the work-role transitions, *Journal of Occupational Psychology*, vol. 62, n°4, p. 271-286.

Wrzesniewski A., Dutton J.E. (2001), Crafting a job: revisioning employees as active crafters of their work, *Academy of Management Review*, vol. 26, n°2, p. 179-201.

Ybema S., Keenoy T., Oswick C., Beverungen A., Ellis N., et Sabelis I. (2009), Articulating identities, *Human Relations*, vol. 62, n°3, p. 299-322.

Yin R.K. (2003), *Case study research, design and methods*, Thousand Oaks, CA, Sage Publications, 3^{ème} édition.

ANNEXES

SOMMAIRE DES ANNEXES

Annexes relatives à l'étude globale de la transition vers un rôle de médecin-gestionnaire

| | |
|--|-----|
| Annexe n°1 : Récapitulatif des entretiens réalisés dans le cadre de l'étude des ajustements « rôle-individu » | 318 |
| Annexe n°2 : Guide d'entretien pour les responsables de pôle (première étude) | 320 |
| Annexe n°3 : Guide d'entretien pour les membres de la direction (première étude)..... | 321 |
| Annexe n°4 : Exemple de retranscription d'entretien (première étude) – entretien avec le responsable du pôle Couple-Enfant du CHU (05/11/08) | 322 |
| Annexe n°5 : Synthèse des entretiens réalisés au CHU | 331 |
| Annexe n°6 : Récapitulatif des documents recueillis dans le cadre de l'étude sur les ajustements « rôle-individu » | 335 |
| Annexe n°7 : Traduction des prérogatives du responsable de pôle du niveau institutionnel au niveau organisationnel..... | 337 |
| Annexe n°8 : Arbre de codage thématique des ajustements « rôle-individu » | 339 |
| Annexe n°9 : Analyse complète des ajustements « rôle-individu » auprès des responsables de pôle du CHU et du CH | 343 |

Annexes relatives à l'étude de la transition par l'identification au rôle de médecin-gestionnaire

| | |
|---|-----|
| Annexe n°10 : Récapitulatif des entretiens réalisés dans le cadre de l'étude de l'identification à un rôle et de sa tenue | 361 |
| Annexe n°11 : Guide d'entretien pour les responsables de pôle (deuxième étude)..... | 363 |

| | |
|--|-----|
| Annexe n°12 : Guide d’entretien pour les membres de la constellation de rôle du responsable de pôle (deuxième étude) | 364 |
| Annexe n°13 : Exemple de retranscription d’entretien (deuxième étude) – entretien avec la cadre coordonnatrice du pôle Couple-Enfant du CHU (25/09/09) | 365 |
| Annexe n°14 : Arbre de codage thématique des postures d’identification au rôle | 378 |

Annexes relatives à l’étude de la transition par le travail identitaire de médecin-gestionnaire

| | |
|---|-----|
| Annexe n°15 : Récapitulatif des observations réalisées dans le cadre de l’étude du travail identitaire..... | 380 |
| Annexe n°16 : Exemple de retranscription de réunion (troisième étude) – le bureau élargi du 19/03/10 du pôle Couple-Enfant du CHU | 382 |
| Annexe n°17 : Arbre de codage thématique des tactiques de travail identitaire..... | 392 |
| Annexe n18 : Analyse complète des tactiques de travail identitaire des responsables de pôle du CHU en réunion | 393 |

Annexe n°1 : Récapitulatif des entretiens réalisés dans le cadre de l'étude des ajustements « rôle-individu »

| <i>Catégorie de personne</i> | Entretiens effectués au CHU | | | Entretiens effectués au CH | | |
|------------------------------|---|----------------------------|--|---|----------------------------|-----------------------------|
| | <i>Personne interrogée</i> | <i>Date de l'entretien</i> | <i>Durée de l'entretien</i> | <i>Personne interrogée</i> | <i>Date de l'entretien</i> | <i>Durée de l'entretien</i> |
| Responsables de pôle | Responsable du pôle Pharmacie | 02/10/08 | 1h40 | Responsable du pôle Femme-Enfant | 29/04/09 | 1h00 |
| | Responsable du pôle Urgences-SAMU-SMUR | 10/10/08 | 0h45 | Responsable du pôle Chirurgie-Bloc-Anesthésie | 29/04/09 | 1h25 |
| | Responsable du pôle Anesthésie-Réanimation | 13/10/08 | 1h10 | Responsable du pôle Médico-Technique | 27/07/09 | 2h00 |
| | Responsable du pôle Médecine Aigue et Communautaire | 20/10/08 | Environ 1h00 (non enregistré, non utilisé) | Responsable du pôle Gériatrie-MPR | 28/07/09 | 2h15 |
| | Responsable du pôle Biologie | 21/10/08 | 1h25 | Responsable du pôle Médecine et Pathologie Vasculaire | 20/10/09 | 1h10 |
| | Responsable du pôle Appareil Locomoteur | 03/11/08 | 1h25 | Responsable du pôle Urgences-Réanimations | 21/10/09 | 1h10 |
| | Responsable du pôle Couple-Enfant | 05/11/08 | 1h00 | Responsable du pôle Médecine et Cancérologie | 21/10/09 | 1h30 |
| | Responsable du pôle Pluridisciplinaire de Médecine | 19/12/08 | 1h10 | Responsable du pôle Psychiatrie | 22/10/09 | 2h35 |

Annexes

| | | | | | | |
|--|---|----------|------|---------------------------------------|----------|------|
| | Responsable du pôle Psychiatrie- Neurologie | 06/01/09 | 1h10 | | | |
| | Responsable du pôle Digidune | 15/01/09 | 0h55 | | | |
| | Responsable du pôle Rééducation et Physiologie | 18/02/09 | 1h00 | | | |
| | Responsable du pôle Centre de Gestion des Blocs | 25/02/09 | 2h35 | | | |
| | Responsable du pôle Santé Publique | 26/02/09 | 1h30 | | | |
| | Responsable du pôle Imagerie | 02/03/09 | 1h40 | | | |
| | Responsable du pôle Cancérologie | 03/09/09 | 1h30 | | | |
| Cadres coordonnateurs de pôle | Cadre coordonnateur du pôle Cancérologie | 09/04/09 | 1h15 | Directeur général | 10/03/09 | 1h35 |
| Direction générale | Ingénieure organisation et méthodes | 10/09/08 | 2h00 | Directeur des affaires financières | 30/04/09 | 1h40 |
| | Directrice générale adjointe n°1 | 17/09/08 | 1h00 | Contrôleuse de gestion | 30/04/09 | 1h40 |
| | Directrice référente | 27/03/09 | 1h05 | Directeur des ressources humaines | 30/04/09 | 1h00 |
| | Directrice des affaires médicales | 01/04/09 | 0h55 | | | |
| | Directeur général adjoint n°2 | 02/03/10 | 1h05 | | | |
| | Directeur général | 16/03/10 | 0h55 | | | |

Annexe n°2 : Guide d'entretien pour les responsables de pôle (première étude)

I. HISTOIRE PERSO

- ✓ Pouvez-vous me raconter votre parcours ? (formation initiale, formations complémentaires, postes tenus, position du conjoint,...)

II. ROLE

- ✓ Vous êtes aujourd'hui chef de pôle. Ca veut dire quoi pour vous ?
- ✓ Comment s'est passée votre nomination ? Qu'est-ce qui vous a poussé à dire oui ?
- ✓ Quelles sont les activités qui vous semblent
 - Les plus importantes ?
 - Les plus difficiles ?
 - Les plus intéressantes ?
- ✓ Est-ce que, depuis un an, votre manière de concevoir et d'exercer votre rôle a changé ?

III. IDENTITE

- ✓ Les changements que vous vivez dans votre rôle ont été beaucoup étudiés à l'étranger, par les chercheurs en organisation. Et la question de l'identité revient souvent. Ce qu'on considère comme identité, c'est simplement les valeurs.
- ✓ Quelles valeurs jugez-vous importantes dans votre travail ?

Annexe n°3 : Guide d'entretien pour les membres de la direction (première étude)

I. L'IMPLANTATION DES POLES

- ✓ Quelles étaient vos attentes vis-à-vis de la mise en place des pôles ?
- ✓ Comment s'est passé la mise en place des pôles ?
- ✓ Avez-vous rencontré des difficultés lors de leur implantation ?
- ✓ Comment s'est passée la nomination des responsables de pôle ?
- ✓ La prise de fonction des responsables de pôle a-t-elle été accompagnée ?
- ✓ Comment percevez-vous le rôle du responsable de pôle ?
- ✓ Quelles sont pour vous les différences entre un chef de service et un responsable de pôle ?
- ✓ Existe-t-il des fiches de poste pour ces deux fonctions ?
- ✓ Depuis deux ans, comment les pôles et leurs responsables ont-ils évolué ?

II. LE ROLE DE DG

- ✓ Comment votre rôle a-t-il évolué depuis la réforme ? (concrètement)
- ✓ Quelles (nouvelles) décisions êtes-vous amené à prendre dorénavant ?
- ✓ Est-ce que cette réforme vous aide dans votre travail ? (facilitateur ?)
- ✓ Dans quelles circonstances êtes-vous en relation avec les responsables de pôle ?

III. LES PROBLEMATIQUES ACTUELLES

- ✓ Quels problèmes connaissez-vous actuellement ?

Annexe n°4 : Exemple de retranscription d'entretien (première étude) – entretien avec le responsable du pôle Couple-Enfant du CHU (05/11/08)

I. HISTOIRE PERSO

✓ *Pouvez-vous me raconter votre parcours ? (formation initiale, formations complémentaires, postes tenus, position du conjoint,...)*

Disons que... j'ai une spécificité... c'est que j'ai été nommé interne dans cet établissement en 1977. Donc ça fait plus de 30 ans que je suis dans l'établissement. Ce qui... ce qui... j'ai quand même eu une mobilité parce que j'ai fait une partie de mon internat au CHU de Nancy, j'ai fait une partie de mon clinicat au CHU de Lausanne... d'un an... et je suis parti à Londres en 1987 pour... deux mois et demi. Donc j'ai une expérience d'un an à Nancy, d'un an à Lausanne... et de deux mois à Londres. J'ai une évolution un peu particulière : j'appartiens à une discipline « neuve », qui a été créée alors que j'étais dans le cadre de mon cursus. Initialement, j'étais cardiologue, puis pédiatre, puis généticien. [Lui demandant des dates pour situer] J'étais cardiologue de 1979 à 1981, cardiologue-pédiatre de 1981 à 1992, et généticien depuis. [Moi : Et donc vous avez pris des responsabilités de service ou d'unité pendant cette période...] Jamais ! J'avais des responsabilités d'activité fonctionnelle, puisque j'étais... les responsabilités essentielles elles étaient... responsable du secteur cardiologie pédiatrique [nom pas compris], puis depuis 1987, depuis sa création, je suis responsable du centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal du CHU de [...]... qui a été créé en 1987. Bon, « centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal de [...] » c'est son appellation depuis 1999. Entre 19... date où il y a eu... un texte ministériel qui institutionnalisait ce type de fonctionnement, dont nous avons été des précurseurs à [...], puisque, c'est en 1987 qu'on avait débuté sous forme d'unité de concertation de diagnostic anténatal. [Moi : Et donc vous avez été son responsable jusqu'en...] Je le suis encore, je le suis encore. Là, je suis menotté [pas sûr du tout] à ma boutique... De 1987 à maintenant, je suis responsable du centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal.

II. ROLE

✓ *Vous êtes aujourd'hui chef de pôle. Ca veut dire quoi pour vous ?*

[Longue hésitation] Je vais répondre... C'est pas nous qui faisons la loi. Le cadre d'exercice des responsabilités est défini réglementairement. Donc... je suis quelqu'un de pragmatique. Il y a une règle, on la joue... et on la joue du mieux qu'on perçoit. D'autant que si cette règle vous définit à grands traits dans des textes, c'est à nous de la faire vivre et de l'interpréter. Donc, première réponse... Il y a un point que j'ai oublié de vous dire, sur lequel j'ai oublié d'insister, qui était très fort pour notre pôle, outre la complémentarité importante, c'est que, à terme, ils vont tous être réunis au sein de l'hôpital couple-enfant. A l'heure actuelle, lors de la première tranche, il y a déjà trois cliniques universitaires qui sont réunies : celles de gynécologie-obstétrique, de médecine néonatale / réanimation infantile, et le département de génétique et de procréation. Dans deux ans, vont nous rejoindre dans la deuxième tranche, qui va être construite en miroir par rapport à celle-ci, la chirurgie pédiatrique, et l'ensemble de la pédiatrie. Et que, je veux dire...du coup, il y avait, outre la synergie des activités très forte

entre ces cinq départements / cliniques universitaires, une perspective extrêmement claire de création d'un hôpital couple-enfant, qui est à la fois une entité du point de vue de la spécificité de ses actions, autours du couple, de la naissance et de l'enfant, mais aussi un projet d'organisation interne, allant jusqu'à une organisation architecturale, et... surtout, encore plus, de l'organisation des personnels, et de l'optimisation de la mise en place des équipes. Sans oublier qu'on est quand même une part importante... mais une part de l'établissement ; on n'est pas « cessionnistes » [en riant] par rapport à l'établissement de l'autre côté de la rue.

[Le relançant sur la même question] Qu'est-ce c'est pour être chef de pôle ?

Pour moi c'est « responsable médical ». Alors là je... J'insiste à dessein... j'insiste à dessein sur le terme responsable « médical ». Je perçois une responsabilité, je veux dire... Ma réflexion est scandée par une interrogation permanente : est-ce que les soins que nous dispensons auprès des couples et des enfants, sont « state of the art » ? Sont au niveau requis par l'état d'avancée des sciences, des techniques et de l'éthique. Ca, c'est ma préoccupation constante. Est-ce qu'on a le droit de continuer telle activité ? Est-ce qu'on n'a pas le droit ? Est-ce que ces conditions sont décentes ou pas décentes ? Si elles sont pas décentes, est-ce qu'il faut les arrêter parce qu'il y a une suppléance possible à l'échelon régional, ou national ; ou est-ce que, s'il y a pas de suppléance, il faut se battre parfois durement pour les mettre au niveau requis avant tout, et pas faire prendre de risques aux couples, aux enfants, en les prenant en charge. Et dans un deuxième niveau, je suis [pas compris] à une formation de généticiens, responsables de diagnostic prénatal, qui sont très fortement exposés du point de vue médico-légal – mais ce n'est qu'un deuxième niveau – aussi du point de vue médico-légal. Donc, la responsabilité elle est [en séparant bien chaque syllabe] « mé-di-cale ». Je ne veux pas qu'il y ait des soins dispensés qui ne répondent pas aux exigences des bonnes pratiques. Et je me bats... D'ailleurs, j'ai vécu deux CME avant pôle. Là, je trouve que... la tension, la tension normale et constructive, entre l'Administration et le corps médical... s'exerçait en toute clarté. Mais quand on dit « tension », ça veut pas dire tension irrespectueuse. Moi j'ai toujours eu beaucoup de respect pour les équipes administratives avec lesquelles je travaillais. Je trouve qu'il y avait un risque que cette nouvelle gouvernance polaire, entraîne un défaut de clarté au niveau de... justement... l'exercice des responsabilités médicales vis-à-vis des responsabilités administratives... or celles-ci ne sont pas de même nature, à mon sens. Donc je veille à ce que ces responsabilités soient clairement distinctes, qu'il y ait une qualité de transparence, d'échange, de langage avec l'Administration, pour ne pas accepter des choses qui seraient inacceptables du point de vue des soins. Donc, vous voyez, j'en reviens toujours à cette même lancinante interrogation : est-ce qu'on a le droit de continuer ça, ou est-ce qu'il faut trouver d'autres façons de faire [pas sûr] localement ou extériorisées. [Silence] C'est comme ça que je conçois mon rôle. Alors, je vais dire, dans le cadre, justement, de l'interaction avec l'Administration, ils nous font parfois des propositions très intéressantes auxquelles notre formation ne nous a pas... Non mais il y a une richesse du dialogue, hein. De temps en temps ils me proposent des solutions auxquelles on n'avait pas pensées et qui s'avèrent très efficaces. Et on n'est pas là du tout [en riant] pour les refuser de manière systématique. Non, non. Le dialogue est intéressant. Effectivement. Donc on avance.

✓ Comment s'est passée votre nomination ? Qu'est-ce qui vous a poussé à dire oui ?

C'est très simple. Notre pôle a une particularité... c'est d'être constitué de cinq départements... agrégés... qui étaient déjà constitués avant la création des pôles. Il s'agit, comme vous le savez probablement, de la clinique universitaire (anciennement) de gynécologie-obstétrique, de la clinique universitaire de médecine néonatale et de réanimation infantile, de la clinique universitaire de pédiatrie, de la clinique universitaire de chirurgie

pédiatrique, et du département de génétique et procréation... ainsi qu'une unité de médecine physique et réadaptation fonctionnelle. Donc, si vous voulez, j'ai été coopté... en me disant « Pierre-Simon, tu es le seul à ne pas être responsable de... de clinique universitaire... et il me semble que ce serait mieux... », et moi aussi je souhaitais. J'ai longtemps refusé. Pendant un an j'ai refusé. Pendant un an j'ai refusé, parce qu'en fait, je considérais que... je suis quelqu'un qui a une très forte activité clinique. J'ai une forte activité clinique. C'est-à-dire que je suis extrêmement engagé dans le diagnostique prénatal, et dans le conseil génétique. Et j'ai refusé pendant un an en disant « écoutez, ça n'est pas logique. Nous sommes une discipline jeune et je suis peu secondé, et il y a des tâches pour lesquelles je n'ai personne vers qui... détacher... une grande partie de mon activité clinique. Vous voyez c'est pas logique ! ». Et eux ont tenté pendant cette année de trouver d'autres solutions... puis sont revenu vers moi en disant « aucun d'entre nous n'est consensuel, on se tient tous à la culotte », en se disant « si c'est lui, il va privilégier sa clinique ! ». « Donc, est-ce que tu... On te demande pas, on te dit ! Il faut que tu sois responsable du pôle ! ». Et là j'ai accepté en leur disant « oui, mais à condition que vous conserviez bien vos prérogatives de responsables de clinique universitaire ». C'est-à-dire que... c'est un... pôle tellement étendu, c'est le plus grand du CHU de [...] – il y a 650 personnes, plus de 130 médecins – je ne peux pas connaître tous les détails de ce qui se passe... or, l'enfer, en médecine et dans les organisations médicales, est dans les détails... et en plus, dans la connaissance des personnes... je veux dire, pour moi, je suis extrêmement attaché qu'on gère bien des unités médicales parce qu'il y a une connaissance réelle du terrain, et le terrain, qu'est-ce que c'est, c'est essentiellement les hommes et les femmes qui y travaillent, et dont on sait bien quelles sont leurs compétences, quelles sont leurs limites, dans quelles situations on peut les mettre, dans quelles situations il faut absolument ne pas les mettre. Et je leur dis « en tant que responsable médical d'un pôle aussi important, ça ne peut marcher qu'à condition que le niveau « responsables de clinique universitaire » soit clairement identifié, dans toutes ses prérogatives ». Donc c'est un peu une spécificité. Il y a peu de pôles qui ont été l'agrégat de structures préexistantes, et fortement structurées avec des thématiques fortement définies : la gynécologie obstétrique, la médecine néonatale et réanimation, la pédiatrie, la chirurgie pédiatrique, le génie de procréation... qui sont des fonctions clairement définies. Je veux dire... il y a des liens nécessaires, et ça avait un sens important de les unir au sein d'un même pôle. Il y a donc des synergies fortes qui peuvent être développées. Mais les missions sont différentes. [Moi : Oui, bien qu'il soit possible de les assembler, il y a quand même une...] [poursuivant ma phrase] une individualité.

Pour revenir sur votre nomination, c'est la Direction qui vous a demandé...

[M'interrompant] Non, ce sont mes collègues. Oui. Je vais dire que... Puis ça a été relayé... C'est les cinq responsables de clinique universitaire. Puis ça a été relayé par la Direction. La Direction... j'avais refusé... Un des autres éléments parmi les responsabilités, c'est que je suis membre du CPDP, je suis membre de la CME, c'est mon troisième mandat à la CME. Ça c'est aussi un élément. J'ai quand même participé à la vie associative de cet... à la vie de la collectivité de cet établissement... Parce que du fait de mon parcours, je connais bien tout l'établissement. J'ai été cardiologue, puis pédiatre,... Donc j'ai toujours été très bien élu en premier à la CME. C'est... Donc, initialement, je pense que le choix de la Direction s'était pas fait vers moi, parce que j'avais manifesté auprès du Président de la CME mon souhait de ne pas m'engager là-dedans. Et ce n'est que dû à l'insistance de mes collègues responsables de clinique universitaire que j'ai finalement accepté. [Moi : Donc ça a duré à peu près un an ?] Oui, j'ai accepté en septembre... octobre 2006. Trois mois avant la constitution des départements... euh, des pôles. [Moi : Il y avait besoin d'un responsable pendant la période de pré-pôle ?] Ben c'était pendant cette... il y a eu des allers-retours faits pendant... Cette

période de pré-pôle a été la période qui a abouti à dire « ben c'est [...] qui sera responsable du pôle ». Il y avait personne de clairement identifié pendant cette période de pré-pôle. C'était une des exceptions. [Moi : C'est la Direction qui cherchait quelqu'un d'autre ?] Non, ça a été essentiellement entre nos collègues. J'ai pas eu l'impression qu'il y ait eu... Je vais dire c'est des personnalités toutes très indépendantes... D'ailleurs, à ce titre-là, je dois dire qu'on est un pôle où l'échange, la qualité de l'échange est excellente. Je veux dire... il y a pas de conflits d'antériorité... J'ai vraiment, en tant que responsable de pôle (on sera peut-être amenés à y revenir) la chance d'avoir un pôle avec des responsables d'UF qui jouent le jeu. Franchement il y a... j'ai des collègues qui sont fortement engagés dans leurs responsabilités, qui, quand ils sont pas d'accord, le disent avec clarté... Donc j'ai en face de moi des gens avec qui je suis en confiance. Je sais qu'ils disent les choses quand ça va, quand ça va pas. Pour moi c'est quelque chose d'important. Il y a pas un double langage vous savez. C'est très important.

Vous disiez que vous avez accepté la prise de fonction sous réserve...

Qu'ils conservent une forte implication dans le management de leur clinique universitaire. Je voulais que, par exemple, ce qui remonte des unités médicales de la part des médecins ou de la part de l'encadrement, passe par eux avant de remonter à moi, sauf exception, quand ils me demandent de régler un conflit... quand ils me demandent de jouer un rôle d'arbitre pour un conflit au sein de leur clinique. Ce qui est déjà arrivé, heureusement, rarement.

Et pour l'instant, cette condition, vous la trouvez respectée ?

Disons que... j'avais sous-évalué, en acceptant – je me le suis parfois reproché – le nouveau fonctionnement de l'Administration qui fait que le rôle des responsables de clinique universitaire sont de fait, un peu diminué. Et je leur avais demandé de conserver toutes leurs prérogatives... or, ils n'ont pas pu conserver toutes leurs prérogatives. Parce que l'Administration, en fait, et je le comprends bien, souhaite ne plus avoir comme interlocuteurs que les responsables de pôle (ça simplifie beaucoup son travail), sauf exception [en riant] (parce que je comprends bien aussi que d'un côté il y ait des exceptions). Et de fait, il y a des demandes d'informations, il y a des informations qui m'arrivent, il y a des prises de position qui sont attendues de moi, et qui étaient anciennement des missions des responsables de clinique universitaire, et du coup ils sont quand même un petit peu dessaisis d'une part de leurs responsabilités. Mais, du coup, il m'incombe d'annuler cet aller-retour de l'information, qui m'est arrivée à moi... ou dans la phase d'élaboration, de veiller à ce que cette élaboration ne soit pas la mienne seule, mais ait été faite en bonne collaboration avec les responsables de clinique universitaire. Et ça, du coup, ça a nettement augmenté... du coup j'avais sous-évalué la charge de travail. Et cette charge de travail, du fait du fonctionnement des cliniques par fonctionnement polaire, s'est avérée plus lourde que ce j'avais imaginé au départ.

Vous sentez que votre activité s'est alourdie ?

Oui. Oui, oui. Disons que sur tous mes secteurs, j'ai dû me désengager un petit peu du secteur recherche. S'il y en a un qui a souffert, c'est le secteur recherche. Avant, j'étais capable d'y consacrer une journée et demie à deux jours – mais concentré. Là, ce n'est plus qu'une demi-journée à une journée consacrée. Donc le secteur recherche a pâti... Alors, heureusement, il y a des jeunes qui prennent le relai... mais il pâti quand même.

Et sinon, au niveau de votre activité clinique ?

L'activité clinique, c'est une nécessité absolue. Donc elle perdure. Et je n'ai pas... elle n'a pas diminué. Mon activité d'enseignement a un peu diminuée. Du coup, j'ai fait monter en

puissance des jeunes assistants maîtres de conférences des universités, pour prendre en charge certaines de mes activités d'enseignement.

✓ *Quelles sont les activités qui vous semblent :*

➤ *Les plus importantes ?*

Pour moi, l'activité la plus importante, ce qui rythme notre vie de pôle, c'est la préparation des directoires hebdomadaires, et la préparation du bureau de pôle hebdomadaire. Euh, du bureau de pôle mensuel, excusez-moi. Le bureau de pôle qui réunit tous les responsables, tous les cadres supérieurs, et tous les responsables des cliniques universitaires. Pour l'instant, il n'y a eu que deux assemblées générales du pôle. Ca a été l'objet de discussions intéressantes mais finalement assez formelles. L'assemblée générale... faut dire, il y a plus de 120 personnes qui... en prenant les textes, ont est arrivés à pas moins de 120 personnes. Donc c'est difficile de... réunir, on y arrive, mais de mener une réflexion, c'est difficile.

➤ *Les plus difficiles ?*

Ben disons que, au début, j'ai eu du mal à... à faire respecter la règle, c'est-à-dire le jeu hiérarchique. Donc tout ne m'arrive pas [rire]... Je suis là depuis très longtemps, je suis connu par... je connais la plupart (même si c'est beaucoup) des personnes du pôle, et depuis longtemps, parce qu'à [...] il y a une bonne stabilité des équipes. Et j'ai beaucoup bataillé, et je bataille encore pour dire « non, l'élaboration se fait au niveau des cliniques universitaires, et je ne souhaite voir arriver à moi que des projets pour lesquels vous avez déjà élaboré, déjà débattu... ». Donc on s'améliore. Et c'est vrai que depuis quelques mois, n'arrivent plus à moi que les dossiers qui n'ont pas pu être réglés au sein de cliniques universitaires individuellement, ou qui nécessitent un travail entre différentes cliniques.

Au début, les problèmes vous revenez systématiquement...

Oui, heu... trop fréquemment en tous cas. Trop fréquemment, alors même que la façon de les gérer au sein des cliniques n'avait pas été épuisée.

Et cette évolution s'est faite naturellement ?

Disons qu'il y a aussi un... des fois on aborde le problème... des Cadres Supérieurs et de l'Attaché d'Administration. Disons que ce sont... [long silence] c'est pas toujours facile... on a eu du mal à trouver nos marques respectives. D'autant, si vous voulez, qu'il n'y a qu'une seule Directrice Référente Administrative du pôle [...]. Vous voyez, c'est un pôle avec une Directrice, un responsable médical. Ce qui pour moi est très bien. Ce qui simplifie beaucoup de dialogues, et qui permet d'avoir une Directrice qui a une exclusivité vis-à-vis du pôle et qui est vraiment très engagée. Ca, c'est une chance pour nous. Il se trouve que l'équipe... Cadre Supérieur Coordinatrice et Attaché d'Administration... est toujours hébergée dans les locaux de la Direction de la Tronche. Alors, on n'a pas pu y remédier dans la première tranche, parce qu'on est déjà très à l'étroit. Donc regardez mon bureau... [rire... mais pas compris]. Je suis un des seuls à avoir un bureau seul. Ce bureau il est pour deux ! Pour la plupart... Donc vous voyez que... on n'avait pas de place – et nous avons cherché – pour constituer une équipe de pôle. On réfléchira et on demandera dans deux ans, lors de l'installation... Parce que cette réunion manque. Elle manque clairement. On arrive à avoir un directoire hebdomadaire, plus des coups fils réguliers lorsqu'il y a besoin d'avoir..., ou des mails lorsqu'il y a besoin d'avoir des contacts en dehors de ces directoires du mardi après-midi. Mais voilà.

Donc ce directoire se fait entre vous trois...

Nous trois, plus... à chaque fois, on met des ordres du jour, et on invite les responsables des cliniques universitaires, qui viennent seuls ou accompagnés de personnes de leur clinique... [pas compris]. Non, je dirais qu'en général il y a une partie à trois, plus ou moins la Directrice Référente, [...], donc souvent on est quatre... et puis il y a des problèmes d'ordre du jour qui sont abordés avec les différents responsables des cliniques universitaires. Vous pouvez d'ailleurs y assister si ça vous intéresse [interruption par un coup de fil]. C'est le mardi après-midi à 14h30. Dans la salle en face [petite parenthèse sur cette invitation].

➤ ***Les plus intéressantes ?***

[Long silence] C'est pas ma tasse de thé, hein. Mais il faut le faire [rire]. Non, mais je veux dire, j'ai accepté... je sais pas ce qu'il en sera dans quatre ans, à la fin de mon mandat, qui est prévue pour quatre ans. Euh, non, je suis bête et discipliné. J'ai accepté cette responsabilité pour quatre ans, je l'assume pour quatre ans. J'ai eu un bras de fer terrible, et je suis un des derniers pôles à avoir signé mon contrat de pôle, la semaine dernière seulement... Ca m'a demandé beaucoup d'énergie pour faire reconnaître ce qui m'apparaissait, moi, comme des évidences. Mais je conçois aussi que, de la part de l'Administration, ils ont besoin de voir qu'on est capables d'avoir cette détermination [rire] pour « substancier » le problème. Mais ça demande beaucoup d'énergie... [pas sûr] les séminaires. Et comme on est très comptables de notre temps dans tous les domaines, cette énergie que je déploie là, ben elle est pas déployée ailleurs. Point.

✓ ***Est-ce que, depuis un an, votre manière de concevoir et d'exercer votre rôle a changé ?***

Ah oui, oui. Je vous dis... je pense que... il s'avère que l'Attaché d'Administration va partir au premier décembre – puisqu'on parle de façon confidentielle – parce qu'il y a un conflit qui s'est créé entre lui et la Directrice de pôle... Administrative, Référente... du pôle. Je sais beaucoup mieux... je vais auditionner des candidats,... je sais beaucoup mieux ce que je vais demander au responsable administratif pour mon choix. Je vais lui faire faire, lors de l'entretien qui prélude au choix... euh, des entretiens qui préparent au choix... je vais lui donner des situations concrètes, et lui demander comment il pense pouvoir les régler, agir, et quelle est sa conception de la collaboration qu'il entend avoir avec moi et les responsables de clinique universitaire, la Directrice Référente, etc. Je sais ce que je suis en droit de lui donner, et je lui demanderai très clairement s'il a bien lu son ordre de mission, et s'il sait bien quel est son supérieur hiérarchique, etc. Voilà. [rire].

On parlait de la collaboration avec le Cadre Administratif et le Cadre Supérieur...

Non il y a trois Cadres Supérieurs, c'est un peu particulier. Il y a un Cadre Supérieur Coordinateur, un Cadre Supérieur Première Tranche... Donc le Cadre Supérieur coordinateur c'est Edith Brunet qui est quelqu'un qui a un fort... qui n'était plus soignante depuis longtemps, qui était essentiellement administrative. Il y a un Cadre Supérieur de la première tranche qui est [...]. Et un Cadre Supérieur de la future deuxième tranche, qui est [...]. Donc j'ai trois Cadres Supérieurs. C'est quelque chose sur lequel j'ai beaucoup bataillé au niveau de la création du pôle. Ca, c'est une des premières batailles que j'ai menées. Parce que je sentais que [...] et [...] étaient toutes les deux au taquet. Et que, si on s'adjoignait pas une troisième personne, il y aurait pas de vie de pôle. Et je crois pouvoir dire que j'ai bien fait, même si ce n'est pas sans poser aussi problème. Mais je le regrette pas du tout. C'était une absolue nécessité pour qu'il y ait une vie de pôle. Je le vois tous les jours : [...] et [...] sont au taquet. Elles n'avaient pas une minute pour rajouter une corde à leur arc.

Et comment se fait cette coordination entre vous tous (Cadres Sup, Cadre Administratif, et Directrice Référente) ?

On travaille ensemble sur l'élaboration du contrat de pôle, sur les choix... on est, avant tout, dans une période extraordinairement contrainte du point de vue du personnel. On a un taux d'absentéisme qui est entre 10 et 11%, et un taux de remplacement à 4%... et qui même diminuait, de façon très conflictuelle, au cours de cette année... parce qu'on avait eu des renforts dans des zones où la qualité et la sécurité des soins ne nous semblait pas acquise. Donc il y a franchement des choix cruciaux, difficiles, de remplacement, de fermeture d'unités... avec une particularité pour le Couple-Enfant, c'est qu'il y a pas de structures libérales ou privées qui prennent en charge des activités aussi couteuses au point de vue du personnel. Personne veut se battre pour faire hospitalier des enfants. Alors, c'est très différent au sein du pôle. Il y a une forte... une forte... concurrence sur le secteur de l'hospitalisation obstétricale, et gynécologique ; par contre, il n'y a aucune concurrence sur tous les autres secteurs. Donc c'est vraiment... des problèmes cruciaux à régler du point de vue du personnel, dans la situation de pénurie qui est la notre. Il y a aussi des... bon, on a eu un conflit grave avec la Direction des Ressources Humaines et la Directrice Générale Adjointe, qui nous a refusé des recrutements en Avril... hier... qui nous met dans une situation inextricable... D'ailleurs, actuellement, on est en train de préparer un communiqué de presse parce qu'on a du fermer 20% des lits de pédiatrie, suite à un manque de personnel, et à un refus de recrutement en temps utile, et on en avait beaucoup prévu... Et, si vous voulez le lire, ça vous montre ce à quoi on est obligé de... faire [pas compris]. L'air de rien, ça se fixait vers six mois de... [me laisse le communiqué de presse]. [Pas trop compris, mais parle de France 3 je crois].

Vous pensez que vous avez pas assez d'autonomie pour prendre ces décisions ?

Non. Justement, en avril... en mars-avril-mai, il y a eu une véritable bataille... dont nous n'avions pas les moyens pour... tout était bouclé. [En riant] On doit avoir du pot ! Et, je veux dire, c'est... il y a... un mois, j'ai du envoyer une lettre au Président du Conseil d'Administration, ainsi qu'au Directeur Général – je peux vous la donner d'ailleurs ; c'est à titre confidentiel ; [en me la tendant] si, si... ça substantifie un peu les difficultés auxquelles on est confrontés, nous, directeurs de pôle ; pour vous tenir au courant des très grandes difficultés qui s'annonçaient pour la fin de l'année, concernant l'exercice de l'hospitalisation pédiatrique. [En me laissant lire la lettre] Alors vous voyez, on a du y aller, et j'avais même été au niveau du Directeur... du Président de la Métro, pour qu'il sache que la fin de l'année allait être extrêmement [pas sûr du tout...] bouricide [sens de difficile] du point de vue des conditions de l'accueil des enfants en hospitalisation pédiatrique. Et jusqu'à ce que... C'était une carte que je gardais... ultime. J'avais déjà envoyé des documents, provoqué des réunions avec la Direction Générale, d'autant que je suis membre du Conseil Exécutif, sans jamais obtenir de réponses, et donc ça a été... la seule... Quand je suis un peu sorti de [pas sûr du tout] l'EPUR [nom propre ou pas...], et que j'ai prévenu le Président du Conseil d'Administration, et le Président de la Métro, c'est la seule fois, du coup, où j'ai eu une réponse. Immédiatement ! Le lendemain ! Je me suis aperçu que... je le fais de façon raisonnée que lorsque je sens qu'il y a danger en la demeure... mais ça a été... le lendemain j'avais une réponse. Qui ne satisfaisait pas. Mais au moins, j'avais des éléments de réponse. Qui étaient un départ pour la discussion. Et c'est ça qui a amené à la prise en compte des réelles difficultés que nous avons et à permettre la signature du contrat de pôle, qui n'aurait pas pu être... on a signé un contrat de pôle 2008, en octobre 2008 ! Donc c'était ça, à mon avis, qui a été l'élément déclenchant, nous permettant de progresser vers le contrat de pôle acceptable.

Via ce contrat de pôle d'ailleurs, je pense que vous avez du avoir une délégation de budget...

Très limitée. Je veux dire, puisqu'on est dans des... les limitations sont extrêmes. Ca, c'est un leurre absolu. [Eclat de rire] C'est un leurre ! Puisqu'en particulier, nous, on peut vouloir recruter, mais ça passe par une institution centralisée qui est la Direction des Ressources Humaines. Je veux dire... on fout... et on sait que la Direction des Ressources Humaines ne nous a jamais dit franchement qu'ils bloquaient les recrutements, mais on sait que le recrutement est bloqué, et qu'on a raté la sortie des écoles d'infirmières demain. Là, on s'est aperçu à quel point on était strictement... Par exemple, les pôles n'ont pas le moyen de mettre des annonces dans les revues professionnelles pour engager des personnels dans leur pôle. Tout ceci... par la Direction des Ressources Humaines, qui est aux ordres de la Direction Générale. Il y avait un conflit autours des mensualités dévolues au Couple-Enfant, on a été barrés. Il y a eu un refus des recrutements des personnels, dont on savait pertinemment... avoir besoin, pour permettre la poursuite du fonctionnement des unités médicales. Actuellement, il y a 20% des lits pédiatriques qui sont fermés, ce qui est un désastre médical – on va pas pouvoir faire face aux épidémies automnales, hivernales [pas compris] – et puis, y compris, économique : 20% d'enfants, c'est autant de lits en moins, c'est autant de valorisation qui ne peut pas être assurée. Et dans un régime de T2A, c'est catastrophique.

Et quelle a été la raison énoncée par la Direction pour justifier de ce choix ?

Qu'on faisait pas... qu'on faisait pas bien ! Il y avait un [pas sûr...] déni sur notre capacité à organiser et à optimiser l'utilisation du personnel. Sans prendre en compte le fait que, pour nous, une infirmière dans telle structure, je veux dire, ne peut siffler une infirmière dans une autre structure. Sous une même appellation (puéricultrice, infirmière), il y a des métiers fondamentalement différents ! Une puéricultrice d'hôpital de jour a besoin quasiment de plus de six mois de formation pour pouvoir être puéricultrice en réanimation infantile, ou en réanimation néonatale. Une puéricultrice d'hospitalisation pédiatrique, ou de soins externes, a besoin d'une formation de très longue durée. Mais là, il y a un déni – il nous a semblé qu'il y avait un déni... Voilà. Donc... il y avait vraiment un conflit aigu – d'ailleurs, on pense qu'il y a un déni encore important, la plupart des... je pense que l'Administration n'a pas compris... On le sent à plusieurs trucs... Elle est pas sur le terrain. Il faut bien le dire. Elle est persuadée qu'on est des gentils petits... Ca se voit dans leurs communications. N'apparaissent dans... Le CHU fait pas mal de communication autours de ses belles réalisations, [en commençant à rire] et on y voit toujours des magnifiques bébés joufflus, magnifiques... [Reprenant son sérieux] L'hospitalisation pédiatrique, c'est des maladies chroniques graves, des handicaps épouvantablement sévères ! Mais, c'est plus qu'une image qu'ils donnent, c'est une image... avec laquelle ils se rassurent. Je veux dire... [en rigolant] on meurt dans les lits ! Ce sont des enfants qui meurent en médecine néonatale, en réanimation infantile, en soins palliatifs de cancérologie pédiatrique, c'est des drames qui se passent... C'est vécu comme une hospitalisation facile [éclatant de rire]. Je suis complètement sidéré par ça, régulièrement.

Je vais devoir arrêter je suis désolé...

III. IDENTITE

✓ *Quelles valeurs jugez-vous importantes dans votre travail ?*

Les valeurs... Il y en a une qui est un présupposé de tout... le respect des... [en éclatant de rire] des personnes. C'est, à la base, des personnes que nous prenons en charge, des patients.

Le respect des personnels qui sont, dans le domaine de la pédiatrie et de la prise en charge des couples... à un niveau de conscience professionnelle très élevé... franchement, c'est aussi une chance... et... ce qui m'amène à avoir... préalablement à la prise de décision, quand il y a des problèmes, une écoute extrêmement attentive. Je ne balaie pas d'un revers de main les doléances qui remontent. Je sais que c'est pas gratuit, qu'on prêche pas pour sa paroisse : il y a des souffrances qui s'expriment, des difficultés... C'est un métier dur de s'occuper de l'hospitalisation pédiatrique essentiellement, et de la pathologie de la grossesse. Ce sont des praticiens, des personnels soignants, qui sont particulièrement exposés, des familles durement éprouvées,... Donc, respect... respect... Ce qui me guide pour trouver les solutions... Je dirais, c'est le point central. Le deuxième, c'est... un autre type de respect, qui ne s'adresse pas à des personnes (ou indirectement), c'est celui du code de déontologie, qui est la version moderne du serment d'Hippocrate. Tout le monde fait référence au serment d'Hippocrate, ça me semble un petit peu passéiste ou, en tout cas, une image d'Epinal. Non ! Il y a un code de déontologie, dont on peut regretter qu'il soit pas suffisamment mis en œuvre au sein de notre Conseil de l'Ordre. Mais, c'est un très beau texte. C'est un texte magnifique. D'ailleurs, à ce propos, je suis très heureux d'avoir entendu parler de la création d'un Conseil de l'Ordre des infirmiers. C'est une profession qui s'est considérablement autonomisée, qui a des... qui est autonome par rapport à celle des médecins... Entre temps, les choses se sont complètement modifiées en termes, justement, d'altérité. On fait pas le même métier, chacun à ses... Alors moi j'y suis particulièrement sensible, puisque 90% de l'hospitalisation pédiatrique est faite par des puéricultrices... Nous, on passe une demi-heure par jour, par ci par là, auprès des gamins ; elles, elles y sont au contact permanent. Donc c'est... donc je suis content de cette évolution qui va aider à les autonomiser, d'autant qu'à l'inverse, il y a dix ans, il y avait une décision qui m'avait semblé aller très fortement à l'encontre de cette démarche d'autonomisation du personnel infirmier, qui était l'assimilation du Directeur des Soins infirmiers à un Directeur, ce qui m'a... J'ai rien contre [le directeur des soins] à l'heure actuelle, mais il est dans une position impossible ! Puisqu'il est dans une équipe dirigeante, avec des responsabilités infirmières. Je trouve que, de temps en temps, ses conditions d'exercice sont inacceptables. Qui l'amènent à prendre des décisions inacceptables. Et, en particulier, dans le conflit qui nous a opposés vis-à-vis de la pédiatrie, il ne nous a pas aidé à la hauteur de ce qui aurait dû être la responsabilité déontologique d'un Directeur des Soins infirmiers, parce qu'il était pieds et mains liés par la Direction Générale.

Annexe n°5 : Synthèse des entretiens réalisés au CHU



SYNTHESE DES ENTRETIENS AVEC LES RESPONSABLES DE POLE

Franck Burellier

Doctorant en Sciences de Gestion

CERAG / IAE de Grenoble

franck.burellier@upmf-grenoble.fr

Au terme d'une série d'entretiens réalisés depuis septembre 2008 avec 14 d'entre vous, il était temps de faire un petit récapitulatif de ce que j'ai retenu de vos propos. La synthèse qui suit rassemble donc les informations qui m'ont marquées. Il ne s'agit en aucun cas d'un travail de recherche, simplement d'un document intermédiaire me permettant de poser à plat des constats « bruts » sur les responsables de pôle. Je reprends donc point à point les réponses que vous avez fournies à mes questions. Bonne lecture. N'hésitez pas à me faire parvenir par e-mail vos réactions face à ce document.

QUI ETES-VOUS ?

A cette question, je peux vous répondre sur plusieurs critères. Le responsable de pôle du CHU est un homme dont l'âge se situe entre 55 et 60 ans. Il est PU-PH et a effectué une grande partie de son parcours professionnel, sinon l'intégralité, au CHU. Il a déjà eu quelques expériences en termes de responsabilités (UF, service, département, structure de recherche, ou autre). En revanche, il a suivi peu de formations en gestion, que ce soit à l'occasion de la mise en place des pôles, ou avant. Ses compétences en management ou en gestion sont donc principalement issues de son expérience de terrain. Enfin, son conjoint, soit est « parent au foyer », soit travaille également au CHU.

COMMENT ETES-VOUS PARVENUS A CETTE FONCTION DE RESPONSABLE DE POLE ?

Votre arrivée dans cette nouvelle fonction s'est faite de manière très hétérogène. Pour certains, il s'agissait d'une évolution « naturelle » de carrière au sein du CHU. La prise de fonction a alors été vécue comme une continuation du travail précédemment réalisé. Qu'il y ait eu une motivation particulière à prendre le poste ou non, la candidature a fait l'objet d'un certain consensus auprès des pairs (chefs de service et direction). Pour les autres, la désignation n'a pas été aussi « naturelle ». Celle-ci s'est alors faite par défaut, par contrainte, voire par hasard. Le poste n'était pas visé par la personne, mais un désistement, une opposition, ou un manque d'effectif, l'ont poussée à postuler. Dans tous les cas, les critères précis de cette nomination restent assez flous, la procédure également (initiative de candidature vs proposition par la direction).

C'EST QUOI POUR VOUS ETRE RESPONSABLE DE POLE ?

Pour vous, être responsable de pôle signifie une multitude de choses différentes : mutualisation, réorganisation, efficacité, projets, prospective, responsabilité, légitimité, lisibilité, cohérence, pouvoir, progrès, animation, arbitrage, coordination ; mais aussi : statisme, difficultés, complexité, désillusion, ennui, découragement. Globalement, le rôle de responsable de pôle est donc vécu comme une « opportunité contrainte » : théoriquement, les possibilités d'action vous semblent plus fortes, mais, dans la pratique, vous restez sur votre faim concernant votre autonomie. Dans tous les cas, en termes de prestige, le responsable de pôle ne perçoit jamais son nouveau titre comme particulièrement honorifique, ni symboliquement (que ce soit auprès du personnel ou en dehors de l'établissement), ni financièrement (la contrepartie de salaire conférée étant jugée peu significative).

VOS NOUVELLES ACTIVITES EN TANT QUE RESPONSABLE DE POLE

A la question des activités qui s'ajoutent à votre fonction, vous répondez en grande majorité ne pas percevoir d'évolutions profondes dans votre travail quotidien. Pour vous, être responsable de pôle, c'est un peu comme être chef de service, mais avec quelques spécificités : plusieurs spécialités, un nombre de personnes plus important, une vision plus globale de l'activité. Très souvent, l'activité la plus visible à vos yeux est la participation à de

nombreuses réunions. Ces réunions portent généralement le nom de directoires, bureaux (restreint, élargi, plénier), ou encore conseils de pôle. Elles interviennent à fréquence régulière : hebdomadaire, bimensuelle, semestrielle, annuelle. Plus globalement, d'autres activités se rajoutent dans la journée d'un responsable de pôle. D'abord, des activités managériales quotidiennes : gestion d'équipes / animation, gestion des conflits / arbitrages, gestion des plannings, GRH (formation notamment), conseils sur la gestion des mensualités (auprès du cadre coordonnateur). Egalement des activités managériales à plus long terme : prospectives, gestion de projets, réorganisations médicales / restructurations. Enfin, des activités davantage « administratives » : réunions, rédaction et négociation du contrat de pôle, gestion des plaintes, gestion des budgets de papèterie. Ces activités de responsable de pôle vous occupent en moyenne une journée par semaine. L'addition de ces activités vous a fait renoncer en partie à certaines de vos missions initiales. Celles qui sont les plus touchées sont d'abord la recherche, puis l'activité clinique. Certaines responsabilités d'enseignement ont également été réduites, mais en moindre mesure.

L'EVALUATION DE VOS ACTIVITES : IMPORTANCE, INTERETS, DIFFICULTES

Les activités que vous jugez les plus importantes convergent toutes vers l'aspect managérial du poste : l'écoute du personnel de pôle, l'harmonisation du langage et des objectifs, la préparation et l'animation des réunions de pôle (directoires et bureaux notamment). Toutefois, vous admettez également ne pas trouver d'activités particulièrement intéressantes dans votre nouvelle fonction, à l'exception des éventuelles réorganisations internes et de l'élargissement disciplinaire de votre réflexion. Enfin, concernant les activités que vous estimez les plus difficiles, vous identifiez des aspects relativement variés : la gestion budgétaire (calculs de l'activité), la gestion administrative (rédaction de rapports), la gestion des plannings médicaux, l'apprentissage du fonctionnement hospitalier, la gestion des conflits (arbitrages), les relations avec la direction et parfois avec le personnel de pôle, la légitimation de votre nouvelle position hiérarchique, ou encore le travail en trinôme avec le cadre coordonnateur de pôle et le cadre administratif. Sur ce dernier aspect d'ailleurs, vous dites vous trouver généralement plus proche du cadre coordonnateur que du cadre administratif, que vous connaissiez déjà auparavant. Vous vous rencontrez de manière officielle à l'occasion des réunions de pôle, mais vous voyez régulièrement de façon informelle, le cadre coordonnateur vous faisant remonter les problèmes du terrain.

VOTRE EVOLUTION DANS LE ROLE DE RESPONSABLE DE POLE

Vous avouez avoir peu changé dans votre manière de concevoir et d'exercer votre nouveau rôle. Seules quelques unes de vos compétences managériales auraient évolué pendant ces deux années, notamment votre capacité à déléguer, à trancher et à imposer dans les situations délicates, et plus rarement vos aptitudes d'organisateur et de stratège.

LORSQU'ON VOUS INTERROGE SUR VOS VALEURS, QUE REPONDEZ-VOUS ?

Vous êtes attaché à diverses valeurs dans votre travail : le patient, la qualité des soins, les relations humaines (avec les équipes et les patients), la confiance, le respect (des autres, de ses engagements, du code de déontologie), l'image (du pôle, de ses membres, de son activité), la dynamique (de projet), l'utilité sociale (d'un projet), l'équité, la transparence (dans les relations), la compétence professionnelle, l'humanisme, l'attention, l'écoute, la communication, la transmission de la vocation.

MES PREMIERES IMPRESSIONS EN TANT QU'OBSERVATEUR

1 / La fonction de responsable de pôle me semble floue (que faites vous au quotidien en tant que responsable de pôle ? à quelle fréquence êtes vous responsable de pôle ?)

2 / Les activités du responsable de pôle apparaissent comme sensiblement les mêmes que celles du chef de service/clinique (qu'est-ce qui change concrètement entre les deux ?)

3 / Le processus de nomination du responsable de pôle s'avère assez obscur (sur quels critères avez-vous été choisi pour cette fonction ?)

4 / Le responsable de pôle semble plutôt insatisfait et déçu de son nouveau rôle (quelles attentes en aviez-vous ? quels écarts percevez-vous entre l'effet d'annonce et la réalité de votre travail ?)

5 / Les conflits présumés entre le rôle de médecin et celui de responsable de pôle ne sont pas systématiquement, ni profondément avérés (vous vous adaptez, vous adaptez vos activités, mais vous ne « souffrez » pas particulièrement de cette double mission).

Annexe n°6 : Récapitulatif des documents recueillis dans le cadre de l'étude sur les ajustements « rôle-individu »

| Origine des documents recueillis | Nature des documents recueillis |
|---|---|
| Documents recueillis au sein du CHU étudié | Fiche de poste du responsable de pôle |
| | Fiche de poste du cadre coordonnateur de pôle |
| | Fiche de poste du cadre administratif de pôle |
| | Fiche de poste du directeur référent de pôle |
| | Contrat du pôle Couple-Enfant 2009 |
| | Guide de délégation de gestion |
| | Présentation « Des pôles d'activité à la libre organisation » en assemblée générale de pôle 2006 |
| | Présentation « Mise en place des pôles, réorganisation de la gestion » en Comité Technique d'Etablissement, 2006 |
| | Présentation « Projet d'établissement 2006-2010 » en assemblée générale des médecins, 2006 |
| | Présentation « Pôles hospitaliers, rôle et missions du triumvirat » en réunion, 2006 |
| | Présentation « Pôles d'activité au CHU » en réunion d'équipes de pôle, 2007 |
| | Mémoire de stage « Conduite de changement au CHU » (Capron, 2006) |
| | Article « Pôle d'activité et changement de gouvernance au CHU » (Ulrich, 2003) (publié en externe, mais concernant le CHU étudié) |

| | |
|--|--|
| Documents recueillis au sein du CH étudié | Contrat de pôle-type |
| | Contrat du pôle Gériatrie-MPR, 2008 |
| | Contrat du pôle Médico-Technique, 2008 |
| | Présentation du contrat du pôle Gériatrie-MPR, 2008, en conseil de pôle |
| | Présentation de la nouvelle gouvernance en conseil du pôle Gériatrie-MPR, 2008 |
| Documents recueillis en externe | Code de la Santé Publique |
| | Dossier « Plan Hôpital 2007, présentation des mesures » (Ministère de la Santé, 2002) |
| | Dossier de presse « Hôpital 2007 » (DHOS, 2003a) |
| | Lettre d'information « Hôpital 2007 » n°1 (DHOS, 2003b) |
| | Lettre d'information « Hôpital 2007 » n°2 (DHOS, 2003c) |
| | Lettre d'information « Hôpital 2007 » n°3 (DHOS, 2004) |
| | Circulaire « Présentation de la nouvelle gouvernance hospitalière » (DHOS, 2006) |
| | Présentation « Résultats de l'enquête nationale de la nouvelle gouvernance » (DHOS, 2008) |
| | Etude « Etude qualitative relative à la mise en place de la nouvelle gouvernance dans les établissements publics de santé » (EHESP, 2008) |
| | Rapport « Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé » (IGAS, 2009) |

Annexe n°7 : Traduction des prérogatives du responsable de pôle du niveau institutionnel au niveau organisationnel

| | Conception du rôle par les pouvoirs publics | Rôle prescrit par les pouvoirs publics | Rôle traduit par les pouvoirs publics | Rôle prescrit au CHU | Rôle prescrit au CH |
|--|--|--|--|---|---|
| Matériaux mobilisés | <i>Entretiens avec les initiateurs de la réforme</i> | <i>Code de la Santé Publique</i> | <i>Circulaire DHOS</i> | <i>Fiche de poste et documents internes, entretiens avec les dirigeants</i> | <i>Contrat de pôle et documents internes, entretiens avec les dirigeants</i> |
| Attentes en termes de contractualisation | Il faut impliquer les médecins dans la gestion en: | Il négocie et conclut le contrat de pôle | Il négocie et conclut le contrat de pôle | Il négocie, cosigne, et met en œuvre le contrat de pôle | Il est le garant du contrat de pôle et de la mise en œuvre des moyens au sein du pôle |
| Attentes en termes de délégation de gestion | - déconcentrant les décisions médico-économiques | Pas d'informations | Il bénéficie d'une délégation de gestion accordée par le directeur après la signature du contrat interne | Il bénéficie de la part du directeur général d'une délégation de gestion | Pas d'informations |
| Attentes en termes d'animation de réunions | - favorisant les discussions entre médecins et gestionnaires | Pas d'informations | Chaque conseil de pôle est présidé par le responsable du pôle | Il préside et anime le Conseil et le Bureau de pôle | Pas d'informations spécifiques / référence aux textes de loi |

| | | | | | |
|---|---|---|--|--|---|
| <i>Attentes en termes d'organisation</i> | - facilitant les collaborations entre disciplines | Il organise le fonctionnement du pôle | Il organise le fonctionnement du pôle et a une mission d'optimisation des moyens qui lui sont alloués par le contrat de pôle | Il organise le fonctionnement technique du pôle dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités prévues dans le contrat | Il est responsable du fonctionnement et de la gestion du pôle |
| <i>Attentes en termes de recrutement</i> | | Il choisit en partie les collaborateurs qui l'assistent | Il choisit en partie les collaborateurs qui l'assistent | Il nomme les responsables de structure et donne son avis sur le choix de ses assistants | Pas d'informations spécifiques / référence aux textes de loi |
| <i>Attentes en termes d'autorité</i> | | Il exerce une autorité hiérarchique sur le personnel du pôle (il n'a pas d'action sur les questions de carrière, de notation ou disciplinaires) | Il exerce une autorité fonctionnelle sur le personnel du pôle (il n'a pas d'action sur les questions de carrière, de notation ou disciplinaires) | Il exerce une autorité fonctionnelle sur le personnel du pôle | Pas d'informations spécifiques / référence aux textes de loi |

Annexe n°8 : Arbre de codage thématique des ajustements « rôle-individu »

| Verbatim | Pré-code | Code | Pré-catégorie | Catégorie théorique |
|---|--|--|----------------------------------|-------------------------|
| | | | | |
| « On a eu un peu de formation après la mise en place du pôle. A mon sens qui était pas terrible [...]. Le management, moi je l'ai appris sur le tas à partir de 1993. » | Références au non-apprentissage de nouvelles compétences personnelles, à l'inutilité des formations, ou encore à l'expérience antérieurement acquise | Stabilité des compétences et/ou valeurs personnelles | Faible ajustement par l'individu | Situation de répliation |
| « La valeur importante c'est l'équité [...]. Ce qui compte c'est l'intérêt de l'institution. Ce n'est même pas l'intérêt du pôle même si je défends le pôle. On n'est pas un électron libre, on vit dans une institution. » | Références à la non-évolution des valeurs, personnelles, ou à un intérêt/désintérêt préexistant à l'égard du rôle | | | |
| « Je demande à la pharmacie d'être présente dans les décisions thérapeutiques pour être sûr qu'on soit dans les clous. Si on est pas dans les clous, je veux qu'on me rende des comptes. » | Références à la poursuite des objectifs médico-économiques ou transversaux fixés par le rôle | Respect des objectifs et/ou des activités du rôle prescrit | Faible ajustement par le rôle | |
| « Le temps fort de l'activité du responsable de pôle, c'est l'animation du bureau de pôle. C'est là où on fait la synthèse des questions organisationnelles, des questions budgétaires... » | Références à la mise en œuvre stricte des activités exigées par le rôle | | | |

| | | | | |
|--|---|---|---------------------------------------|-------------------------------|
| <p>« <i>Ca m'a décentré de mes métiers d'origine. Parce que les gens auxquels je m'intéresse maintenant font de la rééducation, ils font dans le cardiaque... C'est quand même des métiers que je ne connais pas bien. Donc j'ai été obligé d'apprendre.</i> »</p> | <p>Références à l'apprentissage de nouvelles compétences personnelles, à l'utilité des formations, ou encore à l'expérience acquise en tant que responsable de pôle</p> | <p>Evolution des compétences et/ou valeurs personnelles</p> | <p>Fort ajustement par l'individu</p> | <p>Situation d'absorption</p> |
| <p>« <i>Je me surprends de temps en temps à dire « on ne peut pas faire parce que financièrement on ne peut pas ».</i> »</p> | <p>Références à l'évolution des valeurs personnelles, ou au développement d'un intérêt nouveau à l'égard du rôle</p> | | | |
| <p>« <i>On discute des effectifs, des machins, des trucs, le moindre quart de demi-poste est discuté. On est extrêmement attentifs aux résultats, à la production, et puis aussi aux dépenses. Et aussi, donc, aux aspects qui impactent là-dessus.</i> »</p> | <p>Références à la poursuite des objectifs médico-économiques ou transversaux fixés par le rôle</p> | <p>Respect des objectifs et/ou des activités du rôle prescrit</p> | <p>Faible ajustement par le rôle</p> | |
| <p>« <i>Il y a des tas de réunions à faire. Alors moi, j'avais organisé pas mal de structures, puisqu'on a le directoire [...], un bureau restreint [...], et un bureau plénier. Donc tout ça, ça fait beaucoup de réunions.</i> »</p> | <p>Références à la mise en œuvre stricte des activités exigées par le rôle</p> | | | |

| | | | | |
|---|---|--|---|-----------------------------------|
| <p>« Ah, non. Non, non. C'est pareil. Ce que je vous dis là, je vous l'aurais dit avant... Alors, j'avais pas l'expérience, j'aurais peut-être pas raconté toutes ces histoires, mais [...] non, non, j'ai eu aucune évolution. »</p> | <p>Références au non-apprentissage de nouvelles compétences personnelles, à l'inutilité des formations, ou encore à l'expérience antérieurement acquise</p> | <p>Stabilité des compétences et/ou valeurs personnelles</p> | <p>Faible ajustement par l'individu</p> | <p>Situation de détermination</p> |
| <p>« Non mais il y a que ça qui compte ! Il y a que ça qui compte, le fric, à l'heure actuelle ! Moi la valeur, c'est le patient. Point. Non, mais, on est là pour ça ! On est là pour s'occuper du malade, le mieux possible. »</p> | <p>Références à la non-évolution des valeurs, personnelles, ou à un intérêt/désintérêt préexistant à l'égard du rôle</p> | | | |
| <p>« Moi je suis suffisamment sur le terrain... J'y suis tout le temps. Mais moi je dis, je suis là pour le patient. Le reste, c'est pas mon problème. Non, mais, le reste, c'est du satellite. Il y a un patient, c'est centré sur le patient. »</p> | <p>Références à des décalages entre les objectifs poursuivis et ceux fixés par le rôle</p> | <p>Adaptation des objectifs et/ou des activités du rôle prescrit</p> | <p>Fort ajustement par le rôle</p> | |
| <p>« Mes défauts c'est que je vais pas toujours à fond dans mes dossiers, les trucs comme ça. J'aime bien déléguer les trucs qui m'emmerdent. Je suis pas un homme de dossiers, hein. Je suis un homme d'idées. »</p> | <p>Références à des décalages entre les activités mises en œuvre et celles exigées par le rôle</p> | | | |

| | | | | |
|--|---|--|---------------------------------------|--------------------------------|
| <p>« <i>Quand les pôles sont arrivés, j'ai eu très très peur. Gérer des individus, ça, ça va, mais alors des histoires de finance : pfou, pas question ! [...] Du coup, moi je me suis dit « c'est parfait ! Je m'inscris à ce machin-là [formation à Sciences Po], je vais apprendre des trucs ».</i></p> | <p>Références à l'apprentissage de nouvelles compétences personnelles, à l'utilité des formations, ou encore à l'expérience acquise en tant que responsable de pôle</p> | <p>Evolution des compétences et/ou valeurs personnelles</p> | <p>Fort ajustement par l'individu</p> | <p>Situation d'exploration</p> |
| <p><i>[Pas observées dans le cadre de cette catégorie]</i></p> | <p>Références à l'évolution des valeurs personnelles, ou au développement d'un intérêt nouveau à l'égard du rôle</p> | | | |
| <p><i>[Pas observées dans le cadre de cette catégorie]</i></p> | <p>Références à des décalages entre les objectifs poursuivis et ceux fixés par le rôle</p> | <p>Adaptation des objectifs et/ou des activités du rôle prescrit</p> | <p>Fort ajustement par le rôle</p> | |
| <p>« <i>Je voulais faire une réunion de tous les gens qui avaient un CGBO au niveau national. En fait, il y en avait que deux : c'était Lille et Toulouse. Je voulais qu'on se voit tous les trois pour voir un peu comment ça marchait et qu'est-ce qu'on pouvait faire. »</i></p> | <p>Références à des décalages entre les activités mises en œuvre et celles exigées par le rôle</p> | | | |

Annexe n°9 : Analyse complète des ajustements « rôle-individu » auprès des responsables de pôle du CHU et du CH

Les responsables de pôle en situation de réplication

La responsable du pôle Anesthésie-Réanimation du CHU : une situation de réplication conflictuelle

L'ajustement du rôle : un respect des activités prescrites

La responsable de pôle étudiée ici se trouve dans la situation la plus neutre : elle ne témoigne d'aucune évolution, ni dans sa personne, ni dans son rôle. Une première raison explique ce non-ajustement : la continuité entre son précédent et son nouveau rôle. En effet, son pôle a été créé à partir de deux services, Anesthésie et Réanimation, dont elle avait déjà assuré la responsabilité. Elle explique avoir donc déjà effectué les activités demandées par l'organisation dans le cadre de ses responsabilités de service. Bien que l'intitulé de son rôle change, son travail effectif reste le même. Plus précisément, elle se conforme aux prescriptions de la direction générale, et affiche sa volonté de contribuer à des problématiques gestionnaires. C'est tout particulièrement le cas sur des dossiers de réorganisation du travail. Dans l'explication de ses projets, elle démontre aussi une certaine aisance à examiner simultanément les problématiques médicales et gestionnaires, réflexion attendue par la réforme. Elle justifie par exemple l'intérêt du projet de consultations centralisées d'anesthésie par les problèmes d'« efficacité » que le système actuel pose.

« Actuellement, on est obligés de faire une consultation deux jours avant une anesthésie, c'est obligatoire, il y a un décret qui date de 1994. Pour l'instant, les anesthésistes font leurs consultations dans les services de chirurgie – 13 services dans Michallon. Donc c'est éparpillé, les consultations durent deux heures, parfois trois... Il y a une baisse d'efficacité complète. Si on les recentralise avec un secrétariat propre, on aura un gain en temps médical. »

Ces indications vont dans le sens d'un respect fort des prescriptions de rôle. Il n'y a vraisemblablement donc pas d'ajustement du rôle de responsable de pôle. Il est tenu conformément aux attentes.

L'ajustement de l'individu : une stabilité personnelle

Comme précisé auparavant, cette responsable de pôle a été amenée à diriger les deux services composant dorénavant son pôle. C'est d'ailleurs pour cette raison qu'elle a été nommée. Sa double responsabilité semble lui avoir permis d'acquérir les compétences requises à l'exercice de sa fonction actuelle. Bien qu'ayant suivi plusieurs formations dans ce domaine au cours de sa carrière, elle semble plutôt avoir appris la gestion par la pratique. Dans tous les cas, elle pose un regard assez critique sur certaines formations en gestion et notamment sur celles étant censées l'avoir préparée à la responsabilité de pôle. Celles-ci ne lui ont été d'aucune utilité pour la tenue de son rôle. Elle explique également avoir effectué un parcours professionnel

très engagé dans le fonctionnement de l'établissement. Cet engagement s'est traduit par la participation à de nombreuses instances de direction ou groupes de projet.

« J'ai été chef de service depuis 1993. Donc, 14 ans... 15 ans presque. Donc je connais bien l'institution, je connais bien le CHU, je connais bien les rouages. Depuis longtemps, j'ai été membre de la CME, du bureau de CME, j'ai participé à plein de commissions... Actuellement, je suis dans plein de commissions [...], j'ai participé à des groupes de travail, à la collaboration du projet d'établissement, sur l'ambulatoire par exemple. J'ai été même responsable d'un certain nombre de projets, dont le projet de nouveau plateau technique en 2000-2001, que je coordonnais avec la direction... Je suis très impliquée. »

Ses valeurs ne sont pas non plus remises en cause dans cette transition. Elle montre un fort attachement aux « valeurs humaines ». Ces valeurs humaines prennent deux formes pour elle. D'une part, elle cite l'humanisme avec le patient. Elle explique le mentionner très peu dans son discours, car elle le considère naturellement intégré dans ses actes. D'autre part, elle indique l'humanisme avec les équipes soignantes et médicales. Derrière cette idée, elle parle notamment de l'importance qu'elle porte à encadrer et soutenir son personnel. Ces éléments indiquent une importante stabilité de la personne, qui correspondait à ce rôle avant même de l'occuper. Au final, cette responsable de pôle se trouve donc bien dans une posture de répliation, où elle n'a pas d'effort particulier à faire pour s'adapter aux activités prescrites, ni pour adapter ces dernières à ce qu'elle est : elle convient au rôle et le rôle lui convient.

Le responsable du pôle Pluridisciplinaire de Médecine du CHU : une situation de répliation aisée

L'ajustement du rôle : un respect des activités prescrites

Ce médecin envisage son rôle de responsable de pôle à partir de deux missions. D'abord une mission d'animation, correspondant à l'encadrement des équipes médicales attendu par la direction. Cette mission comprend notamment l'animation de réunions. Ensuite, une mission de régulation, consistant en des prises de décisions médico-économiques. Cette mission recouvre par exemple les réflexions concernant l'ouverture ou la fermeture de lits d'hospitalisation. Ce rôle ne semble pas difficile à tenir pour lui, puisqu'il explique avoir déjà intégré cette logique de mutualisation et de réflexion médico-économique lorsqu'il était chef de département. Il prend l'exemple de la mutualisation du personnel, en cas de difficultés de fonctionnement, tout en expliquant son habitude gérer ce type de problèmes.

« Maintenant, on a eu des problèmes de personnel, plutôt que de fermer des lits ici et là, on a fermé du côté gériatrie, et on a permis d'ouvrir... enfin de maintenir ouvert du côté de la médecine interne. Il y avait du transfert de personnel depuis la gériatrie vers la médecine interne. Voilà ça c'était des choses qu'on faisait déjà, nous, au sein de notre département, et qu'on a pu continuer à faire... C'est pour ça que, nous, le pôle, ça a pas été une révolution. Ça a vraiment pas été une révolution. »

Cela ne signifie pas pour autant qu'il ne se conforme pas aux nouvelles activités exigées par son rôle. La multidisciplinarité demande d'étendre son rôle à un ensemble plus grand. Il assure donc une mission d'animateur et de régulateur auprès d'un personnel plus nombreux. Ce médecin assure donc la responsabilité de pôle telle qu'elle a été prescrite par l'organisation. Il n'y a aucune modification à noter.

L'ajustement de l'individu : une stabilité personnelle

Etant donné son expérience des responsabilités de gestion, ce médecin n'a pas ressenti le besoin d'évoluer pour s'adapter à son rôle. Les compétences qu'il avait développées en tant que chef de département correspondent à celles dont il a besoin actuellement.

« Voilà, tout ça c'était des choses qu'on faisait déjà, nous, au sein de notre département, et qu'on a pu continuer à faire. C'est pour ça que, moi, le pôle, ça a pas été une révolution. Ça a vraiment pas été une révolution. »

Au niveau de ses valeurs, il se réfère à deux notions qui s'inscrivent dans un cadre de gestion médicale plus que de médecine seule. La première notion est celle de la dynamique collective autour d'un projet. Il y a une proximité forte entre cette notion et l'idée de transversalité prônée par la réforme. La seconde notion qu'il revendique est celle de l'utilité sociale des projets. Cette idée d'utilité sociale renvoie pour lui à sa discipline, qui ne s'intéresse pas seulement à la médecine mais aux liens entre celle-ci et la société. Cette prise de recul est là aussi très proche des exigences de distanciation de la pratique médicale souhaitée par le rôle. Ce médecin est donc en adéquation personnelle avec son rôle. Il n'a besoin ni de développer de nouvelles compétences, ni de faire évoluer son cadre de valeurs. Il se trouve donc dans une situation de réplication. Rôle et individu collent spontanément.

Le responsable du pôle Psychiatrie-Neurologie du CHU : une situation de réplication aisée

L'ajustement du rôle : un respect des activités prescrites

Ce médecin envisage son rôle dans le respect de la réforme. Il le perçoit avant tout comme un rôle d'arbitrage dans l'organisation de l'activité clinique. Selon lui, sa mission principale est de réguler les ressources du pôle en fonction des besoins de la médecine. Cette mission l'amène principalement à diriger ses réflexions sur l'organisation des équipes soignantes, question qu'il juge d'autant plus pertinente dans un contexte de déficit budgétaire. Les réflexions qu'il mène sont mixtes, à la fois comptables et médicales. Il traite des problématiques de mutualisation du personnel, de fermeture de lits, de suppléance des soins...

« Dans les situations de crise, il est question de déléster un peu sur une activité parce qu'il y a plus vraiment de personnel pour renforcer tel autre secteur qui est en manque. Alors, bon, on peut le voir uniquement sur un mode comptable (le nombre d'agents présents, etc.). Mais on peut le voir aussi pondéré, si vous voulez, par le contenu médical de l'activité en question. C'est-à-dire du point de vue médical, qu'est-ce qu'il faut préserver, qu'est-ce qu'il faut privilégier, qu'est-ce qu'on peut sacrifier, etc. »

Bien qu'il mène cette mission de manière solitaire, il se sert des réunions de pôle afin de discuter des situations problématiques du pôle et des décisions à prendre. Les sujets dont traitent ces réunions sont des sujets d'ordre gestionnaire, notamment organisation et état financier du pôle. Dans sa tenue du rôle de responsable de pôle, ce médecin respecte donc bien les attentes de la direction en menant, à partir des réunions de pôle, une réflexion médico-économique transversale. Il n'y a pas d'ajustement du rôle.

L'ajustement de l'individu : une stabilité personnelle

Au niveau personnel, ce médecin ne s'ajuste pas non plus. Concernant ses compétences, il dit ne pas avoir évolué. Les formations proposées par la direction dans le cadre de sa prise de fonction n'ont pas eu d'effet majeur sur lui. Elles ne lui ont pas permis d'acquérir de nouvelles compétences, mais simplement quelques notions. Selon lui, la gestion ne s'apprend pas en si peu de temps. Ce médecin ne se considère pas comme particulièrement compétent en gestion. Toutefois, ses connaissances antérieures en la matière lui suffisent pour bien tenir son rôle. Il ne ressent pas le besoin d'en apprendre davantage.

« Alors, il y en a parmi nous qui ont cette fibre-là [gestionnaire], mais qui l'avaient déjà. Ils sont très à l'aise avec ces questions-là, qui sont comme des poissons dans l'eau avec les questions budgétaires, pour les négociations de contrat, de moyens, etc. Mais parce que leur personnalité les poussait vers ça. Donc, du coup, on les sent, on voit bien dans les réunions, on sent qu'ils sont à l'aise avec ça. Moi, c'est pas mon cas. Donc, voilà. Mais bon, ça me permet de comprendre dans les réunions, de discuter avec la direction générale, j'espère sans avoir l'air trop idiot sur ces questions de contrats de pôle. »

Concernant ses valeurs, celles-ci n'évoluent pas avec sa prise de fonction : il précise à ce niveau-là que les changements entre chef de service et responsable de pôle sont mineurs. Ses valeurs sont de l'ordre à la fois des relations humaines et de la gestion. Contrairement à la grande majorité des responsables de pôle interrogés, il ne fait pas directement référence à son activité clinique. Ce médecin ne s'ajuste donc pas non plus personnellement pour convenir à son nouveau rôle. Il n'en a pas besoin. Au final, il se trouve dans une situation de répliation où ni lui ni son rôle ne sont modifiés. Il y a conformité entre les deux.

Le responsable du pôle Chirurgie-Bloc-Anesthésie du CH : une situation de répliation aisée

L'ajustement du rôle : un respect des objectifs et activités prescrites

Ce responsable de pôle se trouve dans une logique d'absorption. Il respecte les prescriptions attachées à son rôle. Comme la plupart des médecins rencontrés, ce chirurgien combine sa fonction de responsable de pôle avec une chefferie de service (Chirurgie Pédiatrique). En revanche, il est le seul à avoir été nommé chef de service après être devenu responsable de pôle. Son apparente inexpérience dans les responsabilités de gestion n'est cependant pas avérée puisqu'il a secondé pendant une vingtaine d'années son chef de service. Ce chirurgien ne rencontre donc aucune difficulté quant à distinction de ces deux responsabilités. Il envisage son rôle comme un coordonnateur interservices, autant en termes de projets transversaux que de mutualisation des ressources.

« Le chef de service, il organise son service comme il l'entend. Le chef de pôle coordonne tout ça dans le projet médical du pôle. Et qui dit pôle dit mutualisation, matérialisation et transformation des structures. Il y a des recherches qui sont faites et qui permettent de voir la gestion des patients, l'organisation de façon beaucoup plus moderne. On s'est complètement réorganisé dans la structure maîtresse du pôle pour l'hôpital de jour, l'hôpital de semaine et trois services d'hospitalisation 7/7. Il y a une mutualisation qui s'est faite, le personnel de pôle passe à l'autre. »

Toutefois, ces activités de gestion plus stratégiques ne constituent pas l'ensemble de son travail de responsable de pôle. Il les distingue bien de ses missions managériales, qui doivent répondre aux exigences opérationnelles. Pour concrétiser ses missions, il utilise les différents types de réunions attendus par l'établissement : hebdomadaires, mensuelles, et annuelles. Y sont notamment travaillées les problématiques managériales, médico-économiques, et organisationnelles. Il différencie la encore les réunions à plus court terme qui concernent les aspects opérationnels de fonctionnement des unités, des réunions annuelles qui traitent des projets du pôle et de leur évaluation.

L'ajustement de l'individu : un apprentissage de nouvelles compétences et une stabilité des valeurs

Ce chirurgien a cependant dû s'adapter personnellement. Bien que les ayant suivis, il n'a pas estimé les stages proposés par l'établissement comme suffisants pour bien tenir son rôle. Il a donc pris l'initiative de demander des formations complémentaires dans le cadre du plan de formation. Ces formations concernent les missions inédites de la responsabilité de pôle : la gestion de projet et la gestion médico-économique.

« [Avez-vous suivi des formations à la gestion ?] Avant d'être élu non mais depuis je me suis mis à suivre des cours de formation de management. Et puis à l'époque, la nouvelle gouvernance se mettait en place et il y avait pas mal de boîtes qui avaient compris comment gagner de l'argent et donc il y avait des formations qui étaient payées dans le plan de formation générale, prises en charge par l'hôpital. Donc moi j'ai suivi des cours de gestion [...]. Sachant que les médecins n'ont aucune formation théorique en matière de gestion, on nous a donné quelques cours de gestion, comment mener un projet, comment exploiter un tableau récapitulatif décisionnel. »

En termes de valeurs, celles-ci semblent cependant ne pas évoluer. Elles concernent principalement la rigueur et la distance d'analyse. Elles s'intègrent donc fortement aux missions stratégiques du responsable de pôle. Le responsable du pôle Chirurgie-Bloc-Anesthésie est donc bien dans une situation d'absorption. Il respecte les missions de son rôle, pour lesquelles il reconnaît un intérêt personnel, mais se trouve dans l'obligation de développer de nouvelles compétences en gestion pour y parvenir.

Le responsable du pôle Psychiatrie du CH : une situation de réplication aisée

L'ajustement du rôle : un respect des objectifs et activités prescrites

Le responsable du pôle Psychiatrie se trouve en situation de détermination. Pendant son parcours, il a oscillé entre la psychiatrie pour adultes et la pédopsychiatrie, spécialité pour laquelle il est parallèlement chef de service. Ces deux spécialités ont toujours fonctionné conjointement dans l'établissement. La problématique de l'organisation collective des soins s'est donc développée bien avant la mise en place des pôles d'activité. Ce responsable ne rencontre donc aucune difficulté à mettre en œuvre la transversalité entre les deux services, lors de projets, de réunions, ou lorsque le personnel manque. S'agissant de l'absence de confrères médecins, il n'hésite pas à mutualiser les ressources humaines. Son pôle n'étant pas régi par le principe de T2A, il n'effectue pas de suivi strict de l'activité. Cependant, étant donné les besoins de financement de son pôle, il se sent particulièrement préoccupé par les aspects médico-économiques, qu'il positionne comme prioritaires dans sa stratégie. Cette

priorité se retrouve dans la défense des projets, mais aussi dans la gestion des ressources du pôle. Des délégations de gestion supplémentaires ont d'ailleurs été demandées par ce responsable dans le dernier contrat de pôle.

« Le noyau dur, c'est défendre nos budgets pour qu'ils ne soient pas aspirés ailleurs [...]. Je crois qu'on est le seul pôle à l'hôpital à avoir demandé des délégations de gestion. On a pris trois délégations de gestion : on a demandé une délégation de gestion sur les personnels médicaux, une sur les personnels non médicaux, et une sur la formation. On a demandé à gérer nous-mêmes en lien avec la DRH (on ne se substitue pas mais on s'articule) sur la question des recrutements, de la fongibilité des postes, de l'organisation et ainsi de suite. »

L'ajustement de l'individu : une stabilité personnelle

Ce responsable de pôle ne s'adapte pas non plus au niveau personnel. Acteur syndical au niveau national, il se définit comme un opposant à la nouvelle gouvernance, opposition qu'il considère comme constructive pour améliorer le fonctionnement des pôles. En tant que tel, il n'a jamais suivi de formation en gestion, et a même refusé celles qui lui ont été proposées. Il a développé des compétences en gestion par l'expérience des responsabilités dans l'établissement. Pour lui, la gestion s'apprend sur le tas, sans grandes difficultés. Ses valeurs n'évoluent pas avec le passage en pôle. Celles-ci s'orientent autour du patient. Cependant, il n'y oppose pas la gestion. Pour lui, cette dernière constitue un moyen pour parvenir à améliorer les soins prodigués au patient.

« Ce qui est au cœur de ce qui m'intéresse, c'est la qualité des soins. C'est-à-dire se donner ensemble les moyens d'une réflexion, les moyens budgétaires, les moyens d'organisation d'une optimisation continue de la qualité des soins au service des patients [...]. La première chose qui me guide donc, c'est le patient. C'est-à-dire que tout ce que j'essaie de penser est en lien avec les patients qu'on reçoit. Je pense que les organisations que nous mettons en place n'ont qu'un seul intérêt, c'est d'être au service des patients qu'on reçoit. Je suis prêt à complètement changer de modélisation à partir du moment où les patients que je reçois me montrent que ça a des effets négatifs, que ça ne convient pas. Les organisations sont secondes. »

Au final, ce responsable de pôle se trouve donc bien dans une situation de réplique, où il ne modifie ni ses missions, ni ce qu'il est. Son habitude de travailler en transversalité, ses précédentes responsabilités dans l'établissement, et les besoins de financement traditionnels de son pôle l'ont préalablement adaptés à son rôle. Il n'a donc pas besoin de changer, ni dans ses compétences, ni dans ses valeurs.

Les responsables de pôle en situation d'absorption

Le responsable du pôle Biologie du CHU : une situation d'absorption de compétences

L'ajustement du rôle : un respect des activités prescrites

Ce médecin fait partie des quelques responsables de pôle avouant avoir postulé à la fonction de responsable de pôle par intérêt direct pour la gestion. C'est un projet de réorganisation des disciplines de la biologie, au sein d'un institut, qu'il l'a attiré dans ce rôle. Conformément aux

attentes, ce responsable de pôle envisage son rôle comme un rôle d'organisation et de gestion de l'efficacité. Pour lui, la réorganisation du travail constitue l'activité caractéristique du responsable de pôle car elle combine deux réflexions. D'abord, il entreprend une réflexion clinique, concernant la cohérence disciplinaire entre les équipes. Ensuite, il associe à cette idée de cohérence clinique une réflexion économique concernant l'optimisation des ressources. Pour lui, il est important de mettre en œuvre cette double logique pour que les médecins soient moins individualistes dans leur travail, et étudient la mise en commun de leurs ressources. Il explique avoir appliqué cette réflexion dans la construction de l'institut de Biologie, censé regrouper l'ensemble des activités du pôle. En ce sens, il essaie de transmettre le message de la direction à ses équipes.

« On a fait en sorte de créer un certain nombre de structures communes qu'on a appelé des ateliers, des structures communes qui sont centrées soit sur une technologie particulière, soit sur une activité particulière. Et donc, ça, c'est vrai que, sur chaque atelier, il y a plusieurs disciplines qui travailleront. Donc cette mise en commun, ça oblige à réfléchir d'une façon qui n'est pas vraiment individualiste. »

Il explique appliquer cette réflexion médico-économique dans la gestion des ressources humaines du pôle. Autant pour le personnel soignant, que pour le personnel médical, ce rôle lui permet de mutualiser les ressources, et de faire fonctionner la transversalité. Ce médecin n'envisage cependant pas la responsabilité de pôle qu'en termes de réorganisation. Dans le respect des activités prescrites par son rôle, il dit également mener deux types d'activités plus routinières. Le premier type d'activité est la coordination avec le personnel de pôle et à la centralisation des informations. Cela correspond à la gestion d'équipe souhaitée par la direction. Le second type d'activité qu'il assure est celle d'animation de réunion de fonctionnement du pôle. Dans ce cadre, il organise plusieurs types de réunions, prescrites par l'établissement. Pour lui, ces activités directement liées à l'idée de gestion médico-économique. Lorsqu'il évoque l'utilité des réunions par exemple, il pointe l'intérêt d'être informé rapidement des problèmes financiers du pôle. Ces éléments montrent qu'il y a chez ce médecin une compréhension et un fort respect des objectifs et activités attendus d'un responsable de pôle.

L'ajustement de l'individu : une acquisition de nouvelles compétences

Au niveau personnel, ce médecin dit avoir évolué depuis sa prise de fonction, et ce sur plusieurs points. D'abord, au niveau de ses prises d'initiative et de sa directivité, qui sont plus franches. Ensuite, concernant l'apprentissage du fonctionnement des différentes unités, qui aurait contribué à la première évolution (meilleure confiance dans ses choix).

« J'essaie peut-être d'imposer ou de suggérer plus fortement des choses qu'au début. Il y a un an, j'attendais plus d'avoir l'aval des bureaux [...] que maintenant. Ça c'est possible oui. [...] C'est plutôt une plus grande facilité parce que je connais mieux les gens, d'une part, et les problèmes, d'autre part. C'est vrai, il faut voir qu'avant, bon, comme je vous le disais, il y avait des laboratoires séparés, et c'est vrai qu'au niveau des laboratoires que je connaissais pas ou mal. Alors que là, maintenant, ben forcément, je suis bien obligé, en recevant les coups de téléphone et les mails des uns et des autres, de connaître plus leurs problèmes et donc d'avoir une vue plus réaliste, réelle, de ce qui se passe. »

Il rencontre cependant encore quelques lacunes au niveau de ses connaissances en gestion. Par exemple, il explique que malgré son apprentissage sur le tas des règles budgétaires de l'hôpital, ses compétences demeurent parfois insuffisantes pour comprendre certains problèmes. Il exprime le type de lacunes concernant la gestion des conflits au sein du

personnel de son pôle. Selon lui, bien que parvenant à les gérer, il lui manque certaines connaissances en la matière pour se sentir plus à l'aise dans son rôle. C'est pourquoi il aurait souhaité bénéficier de formations au rôle de responsable de pôle, notamment en termes de management d'équipes. Ce manque n'a cependant pas été une fatalité pour lui, puisqu'il a réussi à apprendre sur le tas. Concernant ses valeurs, celles-ci semblent relativement stables. Il met l'accent sur la confiance et le respect. Ce sont deux valeurs qui se retrouvent dans son travail de responsables de pôle. Il explique notamment que la transversalité, la mutualisation des ressources, et le travail collectif, sont des activités qui nécessitent ce respect et cette confiance. Bien que ses valeurs ne semblent pas évoluer, ce responsable de pôle a dû acquérir de nouvelles compétences pour s'ajuster à son nouveau rôle. Au final, ce médecin se trouve donc bien dans une situation d'absorption. Il mène les activités prescrites de responsable de pôle, en gardant toujours en tête les objectifs qui y sont associés. En revanche, il a dû procéder à un apprentissage continu, sur le tas, afin de s'adapter à son rôle.

Le responsable du pôle Appareil Locomoteur du CHU : une situation d'absorption de compétences

L'ajustement du rôle : un respect des objectifs et des activités prescrites

Globalement, ce médecin envisage ses activités de responsable de pôle sous deux angles. D'abord sous un angle stratégique, consistant en la rédaction d'un contrat et d'un projet de pôle. Ensuite sous un angle managérial, comprenant la communication avec le personnel de son pôle, l'organisation de réunions et la délégation de certaines responsabilités aux chefs de service. Ses activités respectent donc bien les prescriptions de la direction.

« J'ai rédigé il y a quelques mois un contrat de pôle. J'ai demandé à mes collaborateurs, mes collègues, « écrivez-moi votre projet de service ». J'ai écrit le mien, j'ai fait la synthèse. C'est tout. Donc j'ai rassemblé ce qu'on m'a dit sur un projet, un projet de pôle que j'ai rédigé il y a quelques mois [...]. Ce qui se rajoute aussi, c'est des réunions par ci, des réunions par là, des conseils de pôle, des bureaux de pôle

Comme son rôle l'exige, ce médecin utilise une réflexion médico-économique dans son travail de responsable de pôle. Par exemple, lors des recrutements, il explique faire attention au coût du personnel. Il met en rapport ce coût avec l'activité déchargée par son pôle, et calcule ainsi les possibilités de recrutement. Selon lui, si l'activité est suffisamment bénéficiaire, il peut se permettre de recruter des intérimaires. Ce médecin respecte donc bien la logique médico-économique dans ses activités. Ses activités de responsable de pôle semblent atteindre les objectifs fixés par son rôle. En effet, ce médecin porte à la fois son intérêt sur l'activité économique, mais aussi sur la transversalité de cette activité. Ces éléments indiquent donc non seulement que ce médecin respecte les activités qui lui sont prescrites, mais comprend également les objectifs qui les sous tendent.

L'ajustement de l'individu : un apprentissage du collectif malgré une adéquation personnelle forte

Comme cela a été le cas avec la plupart des responsables de pôle, ce médecin a d'abord été chef de service avant de prendre sa nouvelle fonction. Selon lui, lorsqu'il était chef de service, il avait déjà intégré la logique médico-économique que l'on attend maintenant de lui en tant que responsable de pôle. Son arrivée dans ce nouveau rôle ne semble donc pas lui avoir posé de problèmes majeurs en termes de compétences. Les formations proposées lors de sa prise de

fonction ne lui ont donc pas été utiles. La gestion ne semble pas constituer pour lui une mission difficile. Son expérience des responsabilités lui a fait acquérir les compétences nécessaires, à tel point qu'il les considère presque comme innées. En revanche, jusqu'alors plutôt individualiste dans la gestion de son service, il a été contraint d'apprendre à connaître de nouvelles disciplines afin de pouvoir travailler avec elles. De même, initialement très investi dans le fonctionnement de son service, il a dû apprendre à déléguer davantage, compétence qu'il ne maîtrisait pas.

« [Depuis ma prise de fonction] Je pense que j'ai changé un petit peu. Je suis peut-être devenu un petit peu plus tolérant et peut-être que j'accepte plus facilement l'erreur que je ne l'acceptais autrefois [...]. Plus tolérant vis-à-vis de ce qui est à l'extérieur de mon service, c'est-à-dire en tant que responsable de pôle. Plus tolérant vis-à-vis de ce qui peut se passer en rhumatologie ou en gériatrie. »

En termes de valeurs, il ne semble pas avoir eu besoin d'évoluer. En tant que chef de service, il mettait déjà l'accent sur le besoin de performance dans le travail de médecin. Cet aspect n'a pas changé depuis qu'il est responsable de pôle. Ce médecin a toutefois dû apprendre à déléguer et à connaître les autres disciplines afin de s'y conformer. Il est donc dans une posture d'absorption. Il mène ses activités de responsable de pôle en adéquation avec les attentes de la direction, grâce à un effort d'apprentissage personnel.

Le responsable du pôle Imagerie du CHU : une situation d'absorption de compétences

L'ajustement du rôle : des objectifs et activités conformes au rôle prescrit

Ce médecin met en œuvre son rôle de responsable de pôle en adéquation avec les attentes de la réforme. Il envisage son rôle comme celui d'un chef d'orchestre, qui coordonne le travail des équipes du pôle. Plus concrètement, il mène des activités d'encadrement, d'animation de réunions, d'élaboration et de mise en œuvre du projet de pôle. Ces activités sont conformes à ce que souhaite la direction. Au delà de ces activités qui sont communes à l'ensemble des responsables de structure, ce médecin met en œuvre une réflexion médico-économique dans son pôle. Il précise que la réforme a requis un changement de mentalité du personnel (lui inclus), afin d'adopter une réflexion en termes d'activité et de financement des ressources par l'activité. Son rôle dans ce nouveau système est alors de convaincre les équipes médicales et soignantes par des arguments entremêlant soin et gestion. Il se conforme là aussi aux attentes de la réforme.

« Il nous fallait du matériel neuf et il nous fallait des hommes. Donc, comment avoir du matériel et des hommes ? Pour avoir du matériel et des hommes dans le cadre de la T2A, il faut faire de l'activité. Donc, il faut récupérer ce qu'on a laissé tomber pendant des années, des années : ce qu'on appelle de la routine. Il faut faire suffisamment de routine pour pouvoir s'acheter tout ça. Donc il a fallu faire comprendre à certaines personnes que, effectivement, il fallait faire de l'activité dite « de routine », même si c'était pas vraiment d'un intérêt médical certain, mais ça rapportait des actes. Et que, en rapportant des actes, ça permettait d'avoir du matériel neuf, ce qui était le cas, et d'embaucher des jeunes. »

A côté de cette réflexion médico-économique, ce médecin est également amené à gérer les problématiques transversales, concernant les autres disciplines rattachées à son pôle. Il respecte donc bien le rôle prescrit. Enfin, ce responsable de pôle structure ses activités par

l'intermédiaire de la contractualisation interne. Il l'utilise notamment pour fixer, suivre, et ajuster les objectifs liés au projet médical du pôle. Ce médecin respecte donc bien les attentes liées à son rôle, autant dans la compréhension des objectifs médico-économiques et transversaux que dans la mise en œuvre des pratiques.

L'ajustement de la personne : un léger apprentissage managérial

Le responsable du pôle Imagerie ne s'adapte que très peu au niveau personnel. Il semble à la fois détenir la plupart des compétences nécessaires à l'accomplissement de ses activités, mais également être animé par des valeurs proches de celles développées par la réforme. Tout d'abord, pour ce médecin, la responsabilité de pôle ne constitue pas un rôle techniquement difficile à assumer. Il n'a pas ressenti le besoin de suivre l'ensemble des formations proposées par la direction lors de sa prise de fonction. En revanche, son expérimentation du rôle sur le terrain semble avoir contribué à un apprentissage managérial. Il indique avoir créé un lien de confiance avec le personnel du pôle, lui permettant de prendre plus facilement des décisions.

« Et donc, comme j'ai obtenu ces deux contrats de pôle, effectivement, d'après ce qu'on me dit, il y a un bon ressenti [de la part du personnel]. Donc il y a une confiance qui s'est installée, et, à la limite, quand il y a des décisions à prendre, à un moment donné, où il faut trancher, donc effectivement, le responsable de pôle, c'est lui qui tranche. Ca, je pouvais pas le faire il y a deux ans. »

Ensuite, ses valeurs sont en adéquation avec les objectifs de son rôle. Notamment, il met l'accent sur l'intérêt personnel qu'il porte à l'harmonisation des pratiques entre secteur public et secteur privé (attente de la réforme). Au final, le responsable du pôle Imagerie se trouve en situation intermédiaire entre réplique et absorption. Il respecte les attentes de son rôle, et ne change personnellement que très peu.

Le responsable du pôle Femme-Enfant du CH : une situation d'absorption de compétences

L'ajustement du rôle : un respect des objectifs et activités prescrites

Ce médecin, pédiatre de spécialité, a occupé le rôle de responsable du collège médical Femme-Enfant juste avant de prendre la fonction de responsable de pôle. Les contours de son pôle étaient déjà définis, mais sa responsabilité se limitait à la réflexion autour d'un projet médial commun. C'est une activité qu'il reproduit donc en tant que responsable de pôle, mais qui s'accompagne désormais d'autres missions transversales comme le management et la gestion de la qualité par exemple. De même, il procède à un suivi médico-économique à partir des statistiques élaborées par la direction. Ce suivi lui permet d'anticiper les besoins en ressources humaines du pôle, en relation avec problématiques financières.

« Il y a des suivis micro-économique mardi, jeudi, par la direction des services économiques, qui nous permettent de suivre un peu le personnel, le recrutement, le rendement du pôle. C'est les trucs sur lesquels je planche. On commence aussi à regarder les formations médicales, non-médicales. On commence à maîtriser les effectifs. »

Les activités de ce responsable de pôle sont organisées autour des réunions du pôle. Il organise trois types de réunions, comme souhaité par l'établissement. Ce médecin se trouve donc bien dans une logique de respect des activités prescrites par les textes.

L'ajustement de l'individu : un apprentissage de nouvelles compétences

Le parcours de ce responsable de pôle n'a pas été effectué uniquement au sein de ce CH. Il provient d'un autre établissement, où il était responsable du service des urgences pédiatriques, type de responsabilité pour lequel il démontre un certain intérêt personnel. Malgré cet intérêt initial pour la gestion, il a dû développer de nouvelles compétences depuis sa prise de fonction, afin de s'adapter à son rôle. Ses évolutions ont porté sur la GRH, le management, et la gestion médico-économique.

« [Avez-vous évolué depuis votre prise de fonction ?] Sur le plan personnel, oui. Dans ma conception des choses, dans ma manière de gérer... Mais ça, c'est ce que j'appelle l'expérience [...]. J'ai progressé dans la gestion des relations humaines et dans les connaissances de la gestion, mais dans la gestion médico-administrative. »

Il a également pris l'initiative de se s'inscrire à un stage de management pour compenser le manque de formation par l'établissement. Il considère ses compétences comme toujours insuffisantes pour bien gérer son pôle. Quant à ses valeurs, celles-ci, orientées autour du patient et de sa prise en charge, ne semblent pas évoluer. Son intérêt pour la gestion en ressort. Il se sert de sa responsabilité de pôle pour améliorer la prise en charge des patients. Ce responsable de pôle se situe donc dans une posture d'absorption. Il décide d'adapter ses compétences pour assurer les missions prescrites.

Les responsables de pôle en situation de détermination

Le responsable du pôle Pharmacie du CHU : une situation de détermination des objectifs

L'ajustement du rôle : une hiérarchisation des activités

Pour ce médecin, le rôle de responsable de pôle est relativement proche de celui de chef de département, rôle qu'il tenait auparavant. L'idée de continuité avec chefferie de service et de département est fortement défendue. A priori, il semble donc ne pas s'ajuster au rôle. Cependant, il précise que son état d'esprit est proche de celui de la réforme, et qu'il l'était déjà avant d'être responsable de pôle. Ce qui semblait a priori être un refus d'endosser le rôle s'avère en fait être une adéquation préalable entre lui et celui-ci. Il indique mener un certains nombre d'activités prescrites par l'organisation, comme il le faisait déjà en tant que chef de département. Toutefois, il précise ne pas s'être investi totalement dans le rôle de responsable de pôle sur les aspects médico-économiques. Il dit notamment ne pas avoir réussi à s'impliquer et à comprendre les données statistiques relatives au pôle. Il fait beaucoup référence à son métier d'origine, aux préoccupations cliniques, de terrain, plus qu'à sa responsabilité de pôle. Interrogé sur les activités qu'il juge les plus intéressantes, il oriente spontanément ses propos vers son activité clinique. Il se réfère là aussi à un modèle extérieur, celui des pharmaciens américains. Pour lui, il faut un recentrage sur les aspects manuels du métier. Il fait référence aux métiers « artisanaux » tels que les boulangers ou les restaurateurs. Il effectue une hiérarchisation des métiers en fonction de leur utilité sociale. Il ne considère pas le rôle de responsable de pôle comme un métier à forte « valeur ajoutée ».

« Il y a la pharmacotechnie, la vraie valeur ajoutée. C'est-à-dire la transformation, [insistant sur le mot] l'art, le geste. Tous les métiers à gestes sont des métiers qui resteront. Et pourquoi ? Regardez le boulanger, qu'est-ce qu'il fait ? Il met des vitrines pour montrer comment il fait le pain. Le grand restaurateur, quand vous arrivez, vous avez une vue sur les cuisines. Donc tout ce qui est manuel a une vraie valeur ajoutée. Parce que c'est l'art. Alors après vous avez tous les autres métiers... »

Il différencie clairement dans ses activités l'aspect gestionnaire, économique. Pour lui, il y a un métier de base à respecter, et ne souhaite pas le changer (pour les raisons évoquées précédemment). Il n'oppose cependant pas « médecine », « activité clinique » et « gestion », « économie » : pour lui, la gestion doit se faire dans l'activité clinique directement, via l'efficacité des médecins dans leur métier. Ces constats indiquent qu'il est dans une situation intermédiaire concernant l'ajustement de son rôle. Il respecte certaines activités prescrites (celles qui peuvent être liées à son métier de base), mais renonce à en mener d'autres (celles qui s'en éloignent trop). Il modifie donc en partie le rôle qui lui est assigné.

L'ajustement de l'individu : une stabilité personnelle

Selon lui, et ce malgré ses habitudes de travail, le rôle de responsable de pôle exige à son occupant d'évoluer. Or, il s'avoue incapable de le faire. Cette idée de stabilité personnelle semble cohérente avec la perception de continuité entre son précédent rôle et son actuel. Il explique sa non-adaptation de deux manières. D'une part, il met en cause le manque de certaines compétences afin de pouvoir bien tenir son rôle. Selon lui, une formation à la gestion (surtout d'ordre comptable) est indispensable pour bien mener ce type d'activités. D'autre part, il critique le peu d'autonomie laissé par la direction dans la tenue de son rôle. Selon lui, l'établissement ne responsabilise pas suffisamment les médecins et ne leur alloue pas assez de ressources financières pour mener leurs projets. Sur ce point, il exprime d'ailleurs un découragement : parti avec une bonne volonté, il a tenté de respecter les activités prescrites, mais le manque d'autonomie et de confiance de la part de la direction l'a fait abandonner. Pour illustrer sa déception, il prend l'exemple du modèle de l'investissement au Japon. Indirectement, il semble que ses préoccupations personnelles n'aient pas évolué avec sa prise de responsabilité. Bien qu'il n'y oppose pas la gestion de son pôle, la valeur qu'il juge la plus importante dans son travail est « *le service rendu au patient* ». Derrière cette valeur, il ne parle cependant pas que de la pharmacie clinique. Il établit aussi un lien fort entre la logistique et le service rendu au patient, la logistique constituant le premier maillon de la chaîne. Dans tous les cas, les préoccupations de gestion du pôle n'apparaissent pas.

« Moi, je suis fondamentalement attaché au service rendu au patient. Mais ça commence par approvisionner en médicaments ! C'est-à-dire le thème de pharmacie clinique, que j'ai employé tout à l'heure, ça sert à rien. Si vous avez pas réglé le problème de la logistique, le médicament il arrive pas. Donc, si vous voulez, c'est un circuit. C'est une sécurisation du système. Mais la finalité, c'est le patient. »

Ces éléments traduisent une forte stabilité personnelle de ce médecin : ni ses compétences, ni ses valeurs ne semblent évoluer avec sa prise de fonction. Au final, cette personne se positionne plutôt dans une situation de détermination, malgré une certaine adéquation initiale avec le rôle de responsable de pôle.

Le responsable du pôle Couple-Enfant du CHU : une situation de détermination des objectifs

L'ajustement du rôle : un refus d'endosser la réflexion médico-économique

Ce médecin est le seul responsable de pôle du CHU étudié à n'avoir jamais été chef de service auparavant. Pour lui, les décisions médico-économiques ne doivent pas être prises par les médecins seuls. Il refuse d'endosser ce rôle de double réflexion. Il préfère séparer distinctement les responsabilités médicales des responsabilités de gestion, pour que la réflexion se fasse en débat entre médecins et gestionnaires. En ce sens, il ne répond donc pas aux attentes de son rôle.

« Je trouve qu'il y avait un risque que cette nouvelle gouvernance polaire, entraîne un défaut de clarté au niveau de l'exercice des responsabilités médicales vis-à-vis des responsabilités administratives. Or celles-ci ne sont pas de même nature, à mon sens. Donc je veille à ce que ces responsabilités soient clairement distinctes, qu'il y ait une qualité de transparence, d'échange, de langage avec l'administration, pour ne pas accepter des choses qui seraient inacceptables du point de vue des soins. »

Son refus d'endosser la réflexion médico-économique se retrouve dans ses activités de gestion. Par exemple, il explique que la signature de son contrat de pôle s'est déroulée dans cet esprit de débat entre lui et la direction. Aussi, ce médecin va plus loin que les activités prescrites par son rôle. Alors que son rôle le limite à un avis sur le recrutement de ses assistants, il souhaite organiser des mises en situation afin de tester leurs compétences relationnelles. Il prend l'exemple du recrutement du prochain cadre administratif de pôle. Toutefois, ce responsable de pôle porte une grande attention à une prescription de son rôle : la transversalité entre les disciplines. Selon lui, c'est une des particularités de son pôle. Il tente notamment de favoriser cette transversalité au travers des réunions de pôle. Bien que ce médecin assure l'animation des réunions de pôle comme souhaité, il ne répond donc pas aux autres exigences de son rôle. Il y a une sorte d'incompréhension des objectifs, notamment concernant la réflexion médico-économique.

L'ajustement de l'individu : une stabilité personnelle

Ce médecin ne semble pas avoir évolué personnellement en prenant la fonction de responsable de pôle. Au niveau de ses valeurs, aucun changement n'apparaît. Il met l'accent sur la notion de respect, qui prend différentes formes pour lui. Elle concerne à la fois le respect du code de déontologie, et le respect des patients et des personnels soignants. Dans son discours, il n'y aucune référence à des notions médico-économiques.

« Il y a une valeur qui est un présupposé de tout : le respect des personnes. C'est, à la base, des personnes que nous prenons en charge, des patients. Le respect des personnels qui sont, dans le domaine de la pédiatrie et de la prise en charge des couples. »

Au niveau de ses compétences, aucun changement n'est à noter. Elles sont directement en lien avec ses valeurs de respect. Il met notamment en avant l'écoute comme compétence majeure dans son rôle. Pour lui, c'est cette compétence qui guide ses décisions. Là non plus, il ne fait pas du tout référence aux aspects médico-économiques. Il explique faire particulièrement attention aux difficultés rencontrées par les personnels soignants sur le terrain. Ce médecin ne procède donc à aucun ajustement personnel pour s'adapter à son rôle. Ses compétences et valeurs restent les mêmes avec sa prise de fonction. Au final, il se trouve donc dans une posture de détermination, où il modifie les activités et objectifs du rôle prescrit.

Le responsable du pôle Santé Publique du CHU : une situation de détermination des activités

L'ajustement du rôle : une réorientation des missions et activités prescrites

Ce médecin est responsable d'un pôle qui n'est pas soumis aux règles de la T2A. Le pôle demeure donc régi par le principe de la dotation globale. Ce médecin reproche à la direction de ne pas lui donner les mêmes ressources pour fonctionner qu'aux pôles financés à l'activité. Notamment, il lui reproche de ne pas bénéficier des deux assistants prévus par la réforme. Son pôle dispose en effet de deux faisant fonction. La relation difficile qui s'être installée entre les deux parties semble avoir amené ce responsable de pôle à modifier ses nouvelles fonctions. Par exemple, bien que comprenant le principe des contrats de pôle, ce médecin n'est pas d'accord avec la manière de les mettre en œuvre. Il reproche une absence de négociation avec la direction et décide donc d'ajouter au contrat des missions non souhaitées par cette dernière.

« La première année, je n'ai pas signé de contrat. La deuxième année, j'ai signé le contrat en juillet pour la deuxième année. Ce contrat, ben il y a deux pages sur lesquelles ils m'ont trompé, qu'ils ont rajoutées, et que j'aurais jamais signées si je les avais vues, sur les affectations du personnel. Donc, cette année, je suis un peu plus vigilant. J'ai absolument pas apprécié ce contrat. Et, pour la troisième année, je vais faire un contrat conditionnel, dans lequel je remettrais mes missions. »

De même, suite à de mauvaises relations avec le directeur référent du pôle, et à l'occasion de son départ, il a préféré renoncer à être supervisé par un nouveau. Lorsqu'un problème survient dans le pôle, il en reporte, sans intermédiaire, au directeur général. Il a donc modifié là aussi une prescription de la réforme. Cette absence d'échange avec la direction rend la fonction peu consistante pour ce médecin. En effet, pour lui, la responsabilité de pôle ne constitue qu'un titre. Il ne perçoit pas de changements importants en termes d'activités. Il considère que tout travail peut être considéré comme activité du responsable de pôle. Il associe notamment son activité opérationnelle à une mission du responsable de pôle. Le seul changement d'activité qu'il identifie concerne sa mission managériale. Selon lui, la responsabilité de pôle centralise la gestion des dysfonctionnements du pôle à son niveau. Son rôle consiste alors à les prioriser et à les communiquer à la direction générale. Ce médecin ne semble pas prendre de décisions seul. Dans une situation où l'organisation semble peu aidante, le médecin modifie donc fortement les attentes du rôle de responsable de pôle.

L'ajustement de l'individu : une stabilité personnelle

Au niveau personnel, aucun ajustement n'est réalisé par ce responsable de pôle. Ses valeurs, ses compétences, n'ont pas évolué depuis sa prise de fonction.

« [Moi : Avez-vous évolué depuis votre prise de fonction ?] Ah, non. Non, non. C'est pareil. Ce que je vous dis là, je vous l'aurais dit pareil. Alors, j'avais pas l'expérience, j'aurais peut-être pas raconté toutes ces histoires, mais j'ai pas une attitude vis-à-vis ni du pôle ni des collègues, et des problèmes qui a changé. Non. Non, non. J'ai eu aucune évolution. »

En termes de compétences, il ne semble pas en difficulté vis-à-vis de son rôle. Au travers de son expérience dans l'industrie (son laboratoire de recherche dirigeant plusieurs entreprises), il n'éprouve aucun problème d'adaptation pour la compréhension des budgets. Concernant ses valeurs, celles-ci se réfèrent à la fois à sa spécialité médicale et au secteur de l'entreprise privée. Elles ne sont pas associées directement à la responsabilité de pôle et ne semblent pas évoluer avec sa prise de fonction. Bien qu'à l'aise avec la gestion et conscient des enjeux

financiers, en raison de difficultés de fonctionnement avec la direction, il ne souhaite pas s'investir dans ses nouvelles fonctions. Il se trouve donc dans une situation de détermination.

Le responsable du pôle Digidune du CHU : une situation de détermination des activités

L'ajustement du rôle : un respect des objectifs, mais une délégation des activités

En situation de détermination, ce chirurgien agit globalement dans le respect des attentes de son rôle. Il définit son rôle comme celui de coordonnateur. Pour lui, c'est l'activité caractéristique d'un responsable de pôle. Cette coordination concerne notamment le travail du personnel, soignant et médical, et cela entre les différentes unités du pôle. Il se trouve donc bien dans la logique de transversalité souhaitée, avec une réflexion en termes de mutualisation des ressources et de collaboration interdisciplinaire. Cette coordination concerne également la collaboration avec son assistant administratif. Cette collaboration lui permet de déléguer presque totalement la réflexion médico-économique du pôle. Bien que répondant indirectement à la logique portée par son rôle, il modifie fortement les activités de gestion financière attendues.

« Mes défauts c'est que je vais pas toujours à fond dans mes dossiers, les trucs comme ça, j'aime bien déléguer les trucs qui m'emmerdent. Je suis pas un homme de dossiers, hein. Je suis un homme d'idées [...]. Pour l'organisation, ça va, mais je suis pas quelqu'un qui va aller à fond dans un dossier. »

Dans cette logique, il constitue un cas atypique puisqu'il est le seul médecin interrogé à avoir nommé officieusement un responsable de pôle adjoint. Cet adjoint est à la fois censé le remplacer en cas d'absence, et l'aider dans ses différentes missions. Bien que ne rejetant pas totalement ses activités sur lui, le responsable de pôle modifie donc, là aussi, en partie son rôle. Cependant, il respecte parfaitement les activités bureaucratiques prescrites par son rôle. Il participe notamment aux différentes réunions prévues par la direction. Ce responsable de pôle assure donc ses missions conformément à ce que l'on attend de lui.

L'ajustement de l'individu : un léger apprentissage personnel

Ce médecin a participé à plusieurs instances de direction au sein de l'établissement, et en a donc acquis certaines compétences de gestion. Il considère donc avoir déjà les bases nécessaires pour la tenue de son rôle. En sont la preuve les formations suivies lors de sa nomination qui ne lui ont pas conféré des connaissances supplémentaires. Pourtant, ce médecin a tout de même évolué à différents niveaux en tant que responsable de pôle, via l'expérience qu'il a acquise. Ensuite, il a également développé certaines compétences d'ordre relationnel. Il parle par exemple d'une meilleure connaissance du personnel du pôle, qui va dans le sens d'une attention portée à la transversalité du travail. Les valeurs qu'il juge importantes dans son rôle sont, en revanche, essentiellement cliniques et pédagogiques, et font contraste avec la logique de son rôle. Il n'établit aucun lien entre elles et son rôle de responsable de pôle. Ses valeurs n'ont pas changé avec sa prise de fonction.

« Alors, bien sûr, il y a la compétence professionnelle, hein, qui reste quand même la valeur la plus sûre pour un médecin. Il faut être compétent. Il faut être humain et attentif. A l'écoute. Il faut avoir le sens de l'éthique. Ça reste quand même, pour un médecin, extrêmement important. Il faut pouvoir communiquer, parce qu'enseigner c'est communiquer. Il y a une

valeur que j'aimerais pas perdre, qui est difficile à maintenir, c'est créer des vocations. Créer des vocations [...]. Voilà les valeurs qui me semblent importantes. Dans ce métier. »

Par conséquent, ce médecin s'ajuste marginalement pour correspondre aux attentes du rôle. Il développe ses compétences de gestion, mais ses valeurs ne changent pas. Au final, il se trouve dans une posture de détermination où il adapte ses activités de responsable de pôle afin de respecter ses compétences.

Le responsable du pôle Médecine et Pathologie Vasculaire du CH : une situation de détermination des objectifs

L'ajustement du rôle : une modification des objectifs et une adaptation des activités à la marge

Le responsable de ce pôle est cardiologue. Il est en situation de détermination. Son pôle donne l'impression d'avoir été créé plus par défaut, que par une logique spontanée. En effet, auparavant regroupé avec le pôle Médecine et Cancérologie sous la dénomination de collège de Médecine, ce pôle a été séparé en vue de réduire la taille de l'entité et de respecter la logique clinique couverte par le pôle de cancérologie. En revanche, la logique du pôle Médecine et Pathologie Vasculaire a été déterminée a posteriori. Cette démarche inversée n'a pas été jugée pertinente par ce médecin qui considère le pôle comme accessoire. Bien qu'essayant de mettre en œuvre la transversalité au travers d'un projet médical commun (l'éducation du patient), il envisage surtout son rôle comme celui d'un coordonnateur de services.

« C'est un coordonnateur de services. Ce n'est pas comme ça que l'administration le voit. Je suis persuadé que la plus petite entité nécessaire au fonctionnement d'un hôpital, c'est le service parce que chacun des services a une spécificité en fonction de la spécialisation des médecins ou de la non spécialisation puisqu'il peut y avoir des services de médecine générale. Et c'est donc le chef de service qui est le plus à même de gérer le fonctionnement dans son propre service. Je pense qu'un chef de pôle ne peut pas prendre de décision sans en référer au chef de service. »

Il n'assume en tous cas pas les décisions médico-économiques du pôle. Bien qu'ayant tenté de suivre et d'interpréter les budgets de formation ou des effectifs soignants, il a préféré laisser la direction effectuer ce travail. Pour lui, cela ne correspond pas à une mission médicale.

« Il faut prioriser les formations qui sont utiles pour l'ensemble du pôle et qui sont souvent plus longues et coûteuses. Ce qui est très pénible, c'est aller additionner des euros pour voir s'il y en a trop ou pas assez. Là, il me semble que ce n'est pas le boulot du chef de pôle. Et après, je me suis rendu compte que tout ce que je faisais, l'administration vérifiait. Donc ce n'est pas la peine de le faire. »

De même, il a préféré supprimer les réunions de pôle prévues par l'établissement. Selon lui, elles sont secondaires dans le rôle de responsables de pôle. Il accorde une priorité à la pratique médicale.

« On a des réunions deux fois par mois mais ces réunions n'ont pas eu lieu depuis un moment. Depuis la rentrée il n'y en a pas eu beaucoup. C'est plutôt des réunions informelles maintenant. Il faut qu'on remette au point ces réunions bi-mensuelles en sachant que le fonctionnement a bien été perturbé par le déménagement [...]. Et puis les réunions peuvent

plus attendre que les soins aux patients. Quand un médecin manque, à plus forte raison quand deux médecins manquent, le chef de pôle est d'abord médecin avant d'être chef de pôle. »

L'ajustement de l'individu : une stabilité personnelle

En revanche, ce responsable de pôle ne semble pas du tout évoluer personnellement dans son rôle. Assimilant celui-ci à une grande chefferie de service, il ne perçoit aucune nécessité de développer ses compétences. Il ne l'a d'ailleurs pas fait en prenant cette fonction.

« Mes compétences... C'est Balint qui disait « plus on monte dans la hiérarchie, plus on arrive à un niveau d'incompétences ». Je ne pense pas qu'arriver à chef de pôle signifie quelque chose sur la compétence ou pas la compétence [...]. En étant passé chef de service à chef de pôle, à mon avis je n'ai pas changé, c'est pareil. Il ne faut pas des compétences supplémentaires, il faut simplement de la disponibilité et de l'écoute. »

Au contraire, même, il a préféré ne pas acquérir de nouvelles compétences pour ne pas se détourner de son rôle de médecin. Ces choix sont cohérents avec ses valeurs, orientées autour du soin au patient. Pour lui, développer des compétences en gestion l'éloignerait de sa relation médecin-patient. Ces valeurs ne semblent donc pas non plus évoluer avec sa prise de fonction. Au final, ce responsable de pôle se trouve bien en situation de détermination. Il préfère ajuster son rôle plutôt que de s'ajuster. Il donne priorité à son métier de base et à ses valeurs médicales, quitte à ne pas respecter les objectifs et les missions qui lui sont assignées.

Le responsable du pôle Médecine et Cancérologie du CH : une situation de détermination des objectifs

L'ajustement du rôle : un abandon de la réflexion médico-économique des soins

Le responsable du pôle Médecine et Cancérologie se situe dans une posture de détermination. Son pôle, auparavant associé à celui de Médecine et Pathologie Vasculaire, s'est construit autour d'une logique médicale : la cancérologie. Ce responsable se montre très attaché à cette cohérence disciplinaire. Il fait notamment attention à bien articuler les spécificités de chacun dans le projet médical du pôle. Les actions transversales sont nombreuses, au delà des réunions de pôle qu'il organise. Par exemple, il a initié une réflexion sur le raccrochement du service des maladies infectieuses, peu en lien avec les autres spécialités, aux activités du pôle. En revanche, ce responsable de pôle ne poursuit pas la logique médico-économique souhaitée par la réforme. Radiothérapeute de spécialité, il cumule la fonction de chef du service de radiothérapie. Sa spécialité est la seule, au sein de son pôle, à ne pas être orientée sur le soin au patient, mais sur l'aspect médico-technique. Or, cette spécificité l'handicap beaucoup concernant la prise de décisions transversales. Il ne se sent pas compétent pour intervenir dans les autres spécialités. Il préfère se focaliser sur les demandes de matériel et leur priorisation, lorsqu'il s'agit de l'activité médico-technique. En effet, s'étant heurté au refus de ses confrères médecins concernant la mutualisation des secrétariats du pôle, il a depuis préféré se désinvestir à la gestion médico-économique de l'activité de soin.

« Ce que la direction nous demande de faire et qu'on ne fait pas bien pour le moment, c'est tout ce qui est analyse d'activités. Parce que ça nous barbe, pour être honnête, et puis parce qu'on ne sait pas bien faire. Tous les mois on reçoit des tableaux de bord sur l'activité et la gestion du personnel. Quand on a le temps on y jette un œil mais sans approfondir. »

L'ajustement de l'individu : une stabilité personnelle

Ce responsable de pôle n'évolue pas dans son rôle : ses compétences et ses valeurs sont stables. Provenant d'une spécialité médico-technique, il n'a pas entrepris un apprentissage des activités soignantes du pôle. Par exemple, il ne développe pas de compétences particulières concernant la gestion des lits d'hospitalisation.

« Sur la cancéro, j'étais compétent, c'est d'ailleurs un peu pour ça qu'ils m'ont pris. Mais je n'ai pas de lits, je suis radiothérapeute, et il y a des moments où je ne suis pas très à l'aise parce que je ne sais pas forcément comment ça se passe dans la gestion des lits. Je ne sais pas gérer les lits. »

Globalement d'ailleurs, il n'évolue que de manière marginale. Pour lui, le pôle lui a simplement appris à être solidaire de ses confrères membres du pôle. Enfin, ses valeurs semblent intouchées dans cette transition. Il se réfère à l'investissement personnel dans le travail comme valeur primordiale, en orientant son attention sur le patient. Il s'agit donc d'un investissement médical, pas gestionnaire. Il ne mentionne pas son activité de responsable de pôle. Ce médecin se trouve donc dans une situation de détermination : il n'évolue pas personnellement, et préfère modifier son rôle pour ne pas avoir à développer de nouvelles compétences et changer ses valeurs.

Annexe n°10 : Récapitulatif des entretiens réalisés dans le cadre de l'étude de l'identification à un rôle et de sa tenue

| Entretiens effectués au CHU | | | |
|-----------------------------|---|----------------------------|-----------------------------|
| <i>Pôle étudié</i> | <i>Personne interrogée</i> | <i>Date de l'entretien</i> | <i>Durée de l'entretien</i> |
| <i>Pôle Couple-Enfant</i> | Responsable du pôle | 03/09/09 et 28/09/09 | 1h35 et 1h15 |
| | Cadre coordonnatrice | 25/09/09 | 1h20 |
| | Cadres supérieurs de santé adjoints | 04/03/10 et 17/03/10 | 1h45 et 2h45 |
| | Ex-cadre administratif | 17/09/09 | 1h00 |
| | Nouvelle cadre administrative | 22/03/10 | 1h55 |
| | Ex-directrice référente | 01/12/09 | 1h15 |
| | Nouveau directeur référent | 13/10/09 et 29/10/09 | 1h05 et 1h10 |
| | Responsable de la clinique universitaire de chirurgie pédiatrique | 15/03/10 | 1h30 |
| | Responsable de la clinique universitaire de médecine néonatale et réanimation pédiatrique | 22/03/10 | 1h20 |
| | Remplaçante du responsable de la clinique universitaire de pédiatrie | 25/08/10 | 1h10 |

Annexes

| | | | |
|--|---|-------------------------|-----------------|
| <i>Pôle Anesthésie- Réanimation</i> | Responsable du pôle | 11/12/09 et 12/01/10 | 0h50 et 1h25 |
| | Cadre coordonnatrice | 15/07/09 | 2h10 |
| | Ex-cadre administratif | 04/11/09 | 1h30 |
| | Nouvelle cadre administrative | 22/07/09 | 1h45 |
| | Directeur référent | 26/11/09 | 1h45 |
| | Responsable de la clinique universitaire d'anesthésie | 26/08/10 | 0h55 |
| <i>Pôle Psychiatrie- Neurologie</i> | Responsable du pôle | 20/04/10 | 1h45 |
| | Ex-cadre coordonnatrice | 08/09/09 | 1h45 |
| | Nouvelle cadre coordonnatrice | 10/03/10 | 3h25 |
| | Cadre administrative | 31/08/09 | 1h45 |
| | Directrice référente | 01/12/09 | 1h15 |
| | Secrétaire référente du pôle | 14/09/10 | 2h05 |
| <i>Pôle Appareil Locomoteur</i> | Responsable du pôle | 13/04/10 | 2h00 |
| | Cadre coordonnatrice | 05/05/10 | 1h55 |
| | Cadre administrative | 31/08/09 | 1h45 |
| | Directeur référent | 13/10/09 et 29/10/09 | 1h05 et 1h10 |
| | Responsable de la clinique universitaire de rhumatologie | 24/06/10 | 0h50 |

Annexe n°11 : Guide d'entretien pour les responsables de pôle (deuxième étude)

I. ROLE ET ACTIVITES

- ✓ Vous êtes aujourd'hui chef de pôle. C'est quoi pour vous ?
- ✓ Que faites-vous concrètement ? Pouvez-vous me citer une activité que vous avez faite cette semaine que vous n'auriez pas faite en tant que chef de service ?
- ✓ Vous diriez que vos activités de chef de pôle vous prennent combien de temps par semaine ? Est-ce que votre responsabilité de pôle a un impact sur vos autres activités ?
- ✓ Quelles sont les activités liées à votre fonction de responsable de pôle qui vous semblent les plus importantes ? Les plus difficiles ? Les plus intéressantes ?

II. NOMINATION ET EVOLUTION

- ✓ Comment s'est passé votre nomination ? Qu'est-ce qui vous a poussé à dire oui ?
- ✓ Qu'est-ce que vous attendiez de cette fonction ?
- ✓ Pensez-vous que votre responsabilité peut avoir un effet positif sur votre carrière ?
- ✓ Est-ce que, depuis deux ans, votre manière de concevoir et d'exercer votre rôle a changé ?

III. FONCTIONNEMENT COLLECTIF

- ✓ Quels sont vos interlocuteurs privilégiés en tant que chef de pôle ? Quand vous ne savez pas faire quelque chose, où trouvez-vous de l'aide ?
- ✓ Combien de fois par semaine êtes-vous en relation de travail avec le cadre administratif ? Le(s) cadre(s) coordonnateurs(s) ? Le directeur référent ?
- ✓ Quelles sont les actions qui ont lieu en ce moment dans votre pôle dont vous diriez qu'elles sont typiques de ce que permet un pôle ? Avez-vous des projets en cours spécifiques au pôle ?

IV. IDENTITE

- ✓ Si un confrère sollicité pour prendre une responsabilité de pôle vous demandait conseil, que lui diriez-vous ?
- ✓ Quelles valeurs sont vraiment importantes pour vous dans votre travail ?

V. HISTOIRE PERSO

- ✓ Pouvez-vous me raconter votre parcours ? (postes, formations, position du conjoint,...)

Avant de partir, demander si possibilité d'assister à des réunions de pôle + projets intéressants.

Annexe n°12 : Guide d'entretien pour les membres de la constellation de rôle du responsable de pôle (deuxième étude)

I. LE RÔLE DE CADRE COORDONNATEUR / CADRE ADMINISTRATIF / DIRECTEUR RÉFÉRENT / RESPONSABLE DE CLINIQUE UNIVERSITAIRE

- ✓ C'est quoi pour vous être cadre coordonnateur de pôle / cadre administratif / directeur référent / responsable de clinique universitaire ?
- ✓ Quelles sont vos activités quotidiennes ? (agenda)
- ✓ Quelles évolutions percevez-vous par rapport à votre précédent rôle ?

II. LA FONCTION DE RESPONSABLE DE PÔLE

- ✓ Quels sont vos liens avec le responsable de pôle ? A quelles occasions travaillez-vous directement avec lui ?
- ✓ Idéalement, pour vous, quel doit être le rôle d'un responsable de pôle ? (dans l'absolu, et dans votre pôle)
- ✓ En pratique, son rôle ressemble-t-il à cela ? Que fait-il concrètement ?
- ✓ Quelles différences fondamentales observez-vous entre les fonctions de chef de service et de responsable de pôle ?

III. LES PROBLÉMATIQUES ACTUELLES

- ✓ Quelles difficultés rencontrez-vous actuellement au sein de votre pôle ?
- ✓ Sur quels projets travaillez-vous avec le responsable de pôle en ce moment ? Ce dernier tient-il un rôle majeur dans ces projets ?
- ✓ Pouvez-vous me parler de votre parcours ?

Annexe n°13 : Exemple de retranscription d'entretien (deuxième étude) – entretien avec la cadre coordonnatrice du pôle Couple-Enfant du CHU (25/09/09)

Déjà, je vais me positionner sur un organigramme qui est déjà flou c'est-à-dire que dans le pôle couple-enfant, vous avez le responsable de pôle qui est assisté par un attaché d'administration (actuellement, il n'y en a pas) et qui est assisté par un cadre coordonnateur qui est de grade supérieur. Mais dans ce pôle, il y a deux autres cadres supérieurs, ce qui n'est pas le cas dans les autres pôles. Et on les a nommés cadres coordonnateurs adjoints. Il n'y a aucune autorité hiérarchique entre eux. Il y a un cadre supérieur pour la clinique universitaire de gynécologie obstétrique, il y a un cadre supérieur pour la clinique universitaire de pédiatrie et chirurgie pédiatrique. Le cadre supérieur de la clinique universitaire d'obstétrique a aussi la néonatalogie. Il n'y a pas de cadre supérieur pour les laboratoires. Au départ, les laboratoires ne reconnaissent pas les cadres supérieurs, que ce soit sages-femmes ou pédiatrie comme leur cadre supérieur. Donc en tant que cadre coordonnateur, je fais déjà le rôle de cadre supérieur des laboratoires. Donc déjà l'organigramme, on peut déduire mes difficultés à être cadre coordonnateur d'un pôle où vous avez deux cadres supérieurs. Les cadres supérieurs, leur rôle est bien déterminé au sein de leur clinique, c'est la gestion opérationnelle, les ressources au sein de leur clinique. Maintenant le cadre coordonnateur, c'est elle qui se fixe ses objectifs et son rôle. On est en permanence en conflit de rôles. C'est d'une ambiguïté importante et cette ambiguïté va se retrouver auprès du chef de pôle.

Pourquoi l'ambiguïté va se trouver au niveau du chef de pôle ?

Parce que le responsable de pôle, il ne savait plus trop à qui s'adresser à un moment. Le coordonnateur avec cette ambiguïté dans son positionnement a des difficultés à trouver sa place. Je m'explique : J'ai une vue complètement extérieure à toutes les cliniques et mon rôle à moi, c'est d'avoir une vision de tout le pôle sur les organisations, sur les ressources. Vous imaginez bien qu'avec une absence de positionnement clair et net, avec le jeu des acteurs, c'est très difficile.

Est-ce que vous sentez quand même des différences nettes et est-ce que vous pensez que les deux autres cadres supérieurs voient ces différences entre vous trois ?

Elles le disent mais dans la réalité je suis en permanence de réajuster avec une diplomatie à toute épreuve de telle façon à, mon rôle doit leur laisser l'autonomie suffisante à l'exercice de leur fonction de telle façon que ça avance ; mais par ailleurs, parfois elles oublient qu'il y a un cadre coordonnateur. Donc je suis en permanence en porte-à-faux, ça c'est de leur ressort, ça ce n'est pas de leur ressort.

Vous avez des anecdotes sur ces interférences ?

Par exemple, ce qui est très net c'est leur positionnement par rapport à la Drh et la Drh par rapport à leur positionnement. La Drh ne sait pas trop : une fois c'est le cadre coordonnateur, une fois ce sont les cadres supérieurs, par exemple pour le recrutement. Dernièrement, logiquement dans les recrutements c'est moi qui fais les demandes de recrutement. Je dis

« voilà, il faut tel remplaçant ». Pof, il y a un mois, le cadre de pédiatrie a géré en direct auprès de la Drh. C'est ça les confusions de rôles, les conflits de rôles.

Ce genre de choses arrive assez fréquemment ?

Oui, bien sûr. J'en tire une conclusion de tout ça. Mais ce rôle du cadre coordonnateur est important. Il est excessivement difficile parce qu'il faut faire fi, à des moments il faut lâcher prise. Je lâche prise en permanence vis-à-vis des acteurs c'est-à-dire que je ne vais pas mettre le feu là où il pourrait y avoir le feu. Il y a des moments où vous ne savez plus où vous en êtes.

Par rapport à l'exemple dont vous parliez....

Voilà, je ne suis pas intervenue, j'ai laissé dans la mesure où il fallait faire avancer les choses. C'est là où je dis que je lâche prise par rapport au positionnement des cadres supérieurs. Si je ne lâchais pas prise, on se déchirerait, franchement. Si vous voulez, il ne faut pas bloquer les initiatives, bloquer les énergies mais par contre je récupère les erreurs.

Vous récupérez la responsabilité des erreurs ?

La responsabilité des erreurs, oui c'est ça. Et puis, par ailleurs, il faut faire bouger les organisations, c'est ce qui est le plus important. Je prends la technique des petits pas pour faire bouger les organisations.

Pour revenir sur les erreurs, quel type de responsabilité vous assumez ?

Des recrutements à mauvais escient par exemple.

Et vis-à-vis de qui, de la direction, du responsable du pôle ?

Non, pas du responsable du pôle mais c'est on a fait un recrutement trop tôt ou trop tard. C'est justement les prises d'initiative. Ces conflits de rôle, comme au départ on n'a pas voulu déterminer le cadre coordonnateur a autorité sur les deux autres cadres supérieurs, c'est obligatoire. Même le responsable de pôle, au départ ne savait pas trop à qui s'adresser à la limite. Il a eu une grande difficulté de savoir qui est l'interlocuteur. La question, c'est que quand il y en a trois, qui est l'interlocuteur. Et même au niveau du directeur référent, c'est aussi un problème. Il y a des cadres supérieurs qui vont directement voir la direction. Il y a des circuits parallèles.

Avec le responsable du pôle, actuellement comment ça se passe ?

Moi, dans cette situation, il a fallu que je trouve une place de telle façon à pouvoir faire avancer le pôle. Je dis bien une place, je n'ai pas dit ma place, c'est différent. La place que j'ai choisie de prendre, c'est de dire, recrutements ce sont les cadres supérieurs, moi je ne vois que si c'est fait à bon escient. J'ai complètement dégagé de telle façon à ce qu'il n'y ait pas de superposition de travail. Ce que je fais moi, je ne veux pas que les cadres supérieurs le fassent. Donc il a fallu que je les regarde fonctionner pour dire elles font, je lâche. Au niveau du responsable de pôle, ma position est plus claire, c'est dans la stratégie, le contrat de pôle et les évolutions des organisations éventuellement. Moi, je me suis placée dans un champ dans lequel les autres cadres supérieurs ne vont pas ou vont moins. La préparation du contrat de pôle, je l'ai faite. Je vois le responsable de pôle tous les mardis et on discute de l'évolution parce que j'ai une vision totale du pôle. Je lui donne les éléments nécessaires à un arbitrage, c'est mon rôle. On a une réunion tous les mardis. Mais vous savez très bien comment ça se passe, vous avez des instances où vous travaillez et puis vous avez toutes les instances

parallèles, ce que j'appelle les instances de couloir. Il y a ce qui se passe dans le couloir et ce qui se passe en réunion institutionnelle. J'ai fait part de ma vision que je pouvais avoir du pôle et de son organisation et des développements à donner et des ressources à octroyer, je lui donne un éclaircissement. Et puis je dirais qu'au niveau des cadres supérieurs, un essentiellement, je fais du coaching, clairement, du management organisationnel. Je vois ce qui se passe et quand il y a des soucis j'interviens sur l'opérationnel. Quand elles sont en situation difficile avec des équipes, j'interviens.

Et c'est elles qui vous sollicitent ou c'est vous qui voyez ?

Oui, elles me sollicitent. J'interviens quand il y a le feu. Comme j'essaye d'écouter, quand je sens que ça va, je dis « et là, qu'est-ce qui se passe ? » et puis on en parle. Et mon rôle essentiel, c'est entre les cliniques, je fédère. Comme je veux mutualiser certains moyens ou quoi, voilà. Je suis un peu le passeur.

Pour revenir sur le coaching avec le cadre supérieur, vous avez un exemple ?

Par exemple, j'ai un problème avec une équipe soignante dans un secteur, et bien je l'aide à régler son problème. Par exemple, on a un dossier sur la mise en place des douze heures, c'est moi qui ai pris ce dossier et qui l'ai réglé avec elle. Quand il y a des gros dossiers, c'est moi qui les prends. Je suis à l'extérieur. Sur le dossier des douze heures, sur la néonatalogie, je prends le dossier en accompagnement des cadres. Aux réunions, c'est moi qui vais poser les choses, je suis la personne extérieure qui va dire dossier trop lourd et je prends.

Et quand est-ce que vous voyez que c'est un dossier trop lourd ?

Ça se sent, le climat social, l'ambiance. Je suis toujours en anticipation du climat social. Un climat social qui se dégrade, c'est l'horreur. Si j'ai un cadre supérieur qui coopère, ça marche bien. Par exemple, j'ai une clinique où c'est très difficile et une clinique où dès qu'on sent que ça ne va pas, soit elle m'appelle et me dit qu'elle a besoin de moi. Pour l'autre, vous avez la notion du territoire, rentrer dans un territoire de quelqu'un peut être plus facile que l'autre. Et quand vous ne pouvez pas rentrer dans un territoire, c'est difficile, donc vous regardez, vous attendez, vous intervenez quand on vous appelle ; tandis que dans l'autre clinique, j'anticipe parce que je connais plus les choses, je sens mieux. Tout ça ne se fait pas dans le conflit. Soit ça ne se fait pas parce que ça ne peut pas se faire, soit ça se fait. Si ça ne peut pas se faire, je n'y vais pas. Ça ne peut pas se faire parce qu'il y a un blocage, un territoire. Oui, on ne me laisse pas y aller. Et quand je sens que je ne peux pas y aller, j'attends parce que ça serait pire. Dans le pôle, il y a beaucoup d'acteurs, des acteurs médicaux, paramédicaux. Le but quand même c'est de le faire avancer et pas de l'embraser. C'est ça toute la difficulté. Mais au départ, les choses ne sont pas bien posées. Tout est une question de positionnement de départ.

Dans la clinique où il y a plus de difficultés à rentrer, pour vous c'est dû à quoi ?

Aux hommes, aux acteurs. Le changement ne pourra se faire que quand les acteurs ne seront plus là, éventuellement. Il y a des moments où les acteurs sont bloquants.

Vous avez envisagé de tenter les choses ?

Oui, oui, maintenant c'est fini. Il arrive un moment où ce n'est plus du ressort du pôle mais c'est du ressort institutionnel. Quand on est dans des difficultés, il y a des difficultés qui sont du pôle et puis quand c'est trop important c'est des décisions institutionnelles.

Est-ce qu'il y a une des deux cliniques où vous dites que c'est moins bien géré que l'autre ?

Je ne parle pas en moins bien, ce n'est pas ça. Je dirais que dans une clinique il y a plus de contraintes que dans l'autre. Les contraintes après, elles sont humaines, il y a des facteurs différents à étudier.

Pour revenir sur les activités, vous me parlez de cette activité de coaching

Avec un particulièrement parce qu'avec l'autre ce n'est pas possible. Non, avec deux parce qu'il y a les laboratoires et là ça marche très bien. Les laboratoires, on est dans une évolution, on peut impulser le changement, ça marche, il y a des résistances mais il n'y a pas des blocages. Les deux terrains sont très intéressants à travailler. C'est une photo de l'organisation, elle est à changer.

Vous êtes confrontée à une vision qu'avait le responsable du pôle, justement une de ces deux cliniques que je pense avoir reconnue, où il pensait qu'il y a une gestion moins....

Pierre Simon a la même vision, enfin je pense. Au début, c'est là où je dis que mon travail avec le responsable de pôle, c'est de lui donner des arguments qui vont lui permettre d'éclaircir, de voir les choses. Là, on s'est rencontrés. Avant de se rencontrer, il y a des chemins. On s'est rencontrés sur l'analyse de la situation du pôle et actuellement on est dans la même analyse. Là, avec le responsable de pôle, quand on est dans les mêmes analyses, ça marche ; dès lors qu'on a des analyses différentes et qu'on n'arrive pas à se rencontrer dans ces analyses, c'est plus dur. Là, se rencontrant sur les mêmes analyses, ça veut dire que les ressources on les mettra au même endroit, que les priorités, on va les mettre au même endroit. Nous, on en est au point où les priorités on les a mises au même endroit. Nos points de convergence, c'est sur les urgences, nos moyens obstétriques, la chirurgie pédiatrique. Vous l'avez vu dans le diaporama, les mesures ???, c'était déjà dans nos priorités. Dès lors qu'on a la même analyse, dès lors qu'on sent les choses de la même façon, des priorités et ??? ; dès lors que le responsable de pôle n'a pas la même analyse que le cadre coordonnateur, soit c'est la décision du responsable de pôle puisque c'est lui le décideur mais alors les relations....

Comment ça se passe quand il n'y a pas accord ?

On se débrouille pour arriver à cet accord. Les deux personnes doivent être suffisamment ouvertes et intelligentes pour lâcher prise à des moments et pas à d'autres quand c'est primordial.

Sur quel type de points vous avez eu des accords ou soit abandonner le sujet ?

J'ai peu abandonné mais il s'est rendu compte à l'évidence. J'ai pris le temps. Sur certaines analyses, il était encore un peu en excuse. Première phase, c'est que quand quelque chose ne va pas, on excuse l'autre et puis après on se rend à l'évidence.

Si je vous demande un exemple sur ce genre de situation ?

La clinique où ça ne va pas, les moyens bloquants, il a excusé puis il s'est rendu à l'évidence. Je ne vous donnerai pas les moyens bloquants. Pas des moyens, les éléments bloquants, ce sont des situations difficiles et puis après... Vous ne pouvez pas sauver l'hôpital à vous tout seul donc il arrive un moment où il faut savoir attendre. Tout l'art de la chose, c'est ça.

Je ne sais pas si vous voulez en parler ?

Non, non, on continue.

D'accord parce que sinon j'aurais bien voulu avoir votre avis là-dessus puisque j'en ai parlé avec le responsable du pôle, l'ancien cadre administratif.

Toute la question c'est que quand il y a des problèmes bloquants dûs à des acteurs, il arrive un moment où ce n'est plus du ressort du pôle mais du ressort institutionnel si l'analyse qui est faite est justifiée. On ne peut pas décider que l'élément que moi j'estime est bloquant si ce n'est pas justifié. Il faut le valider par des faits.

C'est des choses qui se valident ?

Oui. Mais ça c'est dans toutes les organisations, ce n'est pas particulier au pôle couple-enfant. Et ça va plus loin, c'est notre système qui est comme ça.

Par exemple, sur ce point là ?

Je ne veux plus qu'on en parle. Il faut se placer dans l'analyse des organisations, des acteurs plus que là-dessus parce que c'est le jeu des acteurs. Pour le rôle du cadre coordonnateur, c'est excessivement difficile de trouver la place quand il est obligé de contourner et de savoir que chacun est dans un territoire et que chacun ne veut pas qu'on rentre dans son territoire. La conclusion est que personne ne veut qu'on rentre dans son territoire. Donc il faut quand même y rentrer de telle façon à pouvoir fédérer les gens et à pouvoir arriver à une organisation en pôles parce que chacun dit « on est dans un pôle » mais chacun veut garder ses moyens pour sa clinique ; mais le pôle ce n'est pas ça, c'est normalement une mutualisation de moyens, une analyse des dépenses globales, accepter qu'il y ait un secteur qui soit un peu déficitaire en recettes. Tout le monde n'a pas la chance d'avoir des actes qui soient valorisants et donc il faut faire admettre à tous qu'on a une part de collectif et cette part de collectif est très difficile à faire admettre.

Pour vous ça fonctionne bien avec la mutualisation ?

Ça commence... mais la mutualisation, je ne pense pas que ce soit la réponse à tout. Actuellement, dans le pôle on ferme des lits et on fait des heures supplémentaires. C'est dans tout le Chu. Mais il y a d'autres réponses à trouver et tant qu'on n'a pas cherché à savoir ce qu'on va mettre en place dans les organisations.... Par exemple, l'organisation des ressources humaines : depuis des années, on a une unité de soins et on travaille sur des postes fonctionnels. Les postes fonctionnels, c'est une organisation qui ne fonctionne plus parce qu'on n'a pas de ressources. On dit « il faut 4 personnes le matin, 2 l'après-midi » mais quand vous n'avez pas les ressources, qu'est-ce que vous faites ? Vous faites appel aux heures supplémentaires. Ça ne fonctionne plus, ce n'est plus une réponse à nos organisations. Trouvons d'autres modèles de gestion mais pour l'instant on est bloqués, personne ne cherche.

Pour vous, l'idée de pôle c'est donc à la fois mutualisation, organisation ?

C'est mutualisation. Une fois qu'on a dit mutualisation on a tout ... C'est bien beau de mutualiser mais comment on organise ses équipes dans la mutualisation, c'est ça la question. Cela veut dire qu'il faudrait changer complètement notre façon de distribuer le personnel puisqu'on est toujours dans le fonctionnement d'il y a 20 ans, tant de postes pour tant de lits. On ne peut pas, on n'a pas les ressources.

Est-ce que vous avez moyen d'agir dessus ?

Il faudrait prendre un groupe pilote et tester.

Pour vous, c'est quelque chose qui semble risqué ?

Non sinon on ne s'en sortira pas. On a deux moyens : on ferme des lits et on fait des heures sup. On n'a pas encore touché réellement « et si on voyait autrement, et si on imaginait autrement ». Il faut envisager des regroupements d'équipes, de compétences.

C'est des choses dont vous parlez en directoire ?

Oui mais ils ne sont pas encore prêts. Et comme on a un système bloquant à des moments, ce n'est pas encore prêt. Pour qu'on soit prêts, il faut être acculé et dire « ah, on est asphyxiés ! ». Le jour où on va être asphyxié... Là, on a commencé en néonatalogie à voir autrement, on essaye de ne pas dire c'est tant de postes fonctionnels, oui mais on s'adapte un peu plus à l'activité. En obstétrique, ça faisait dix ans qu'on avait travaillé là-dessus mais il faut aller encore plus loin. Il faut organiser les soignants différemment, il faut qu'ils s'adaptent à plus de mobilité dans leurs compétences et donc pour ça il faut les former à une ou deux compétences, pas seulement à une. C'est un long chemin et surtout c'est un chemin où il doit y avoir une équipe, médecins et cadres, ils doivent être tous là dedans. Alors, vous imaginez ! Mais on y viendra. De toute façon, le Chu on ne peut plus fonctionner comme ça, on n'a pas de réponses adaptées à la situation. Changer les organisations, ça se travaille avec plusieurs paramètres : les compétences, la charge en soins, l'effectif contraint et puis il faut tenter, il faut oser.

Quand vous parliez tout à l'heure de l'activité stratégique contrat de pôle... ?

L'activité stratégique, c'est ce que je vous dis, c'est essayer de pousser les équipes à voir différemment.

Est-ce que vous parlez souvent budget avec le responsable du pôle ?

Oui, ce n'est pas facile. Le budget, ce n'est pas facile. Quand je dis « on dépasse les mensualités », c'est là où éventuellement on se...

C'est quelque chose qui le fait rager ?

Oui.

Pour vous, c'est dû à quoi ?

La santé n'a pas de prix. C'est dû à « oui mais on est tellement... ». Il y a un seuil, le tout financier non. Je crois que ça a été perçu comme on a une gestion que financière. Donc il y a une réaction de rejet de la finance.

Pour vous, ça a été perçu comme ça par qui ?

Par l'ensemble du pôle, c'est le rejet de la finance au départ. Et puis maintenant, après un travail de deux années, - même le responsable de pôle a travaillé là-dessus avec les équipes médicales, lui a mis moins de temps que les autres – les gens sont plus sensibles aux finances.

Vous pensez que le message passe quand lui en parle ?

Quand le responsable de pôle parle, il fait passer des messages, ça c'est clair.

C'est peut-être encore trop tôt mais est-ce que vous avez vu des répercussions ?

Les gens sont un peu plus sensibles aux finances maintenant. Par exemple le conseil de pôle, l'ambiance est beaucoup moins réactive au rejet des finances, c'est là où je me suis dit que les gens ont quand même évolué. Les gens ont pris conscience mais par contre ils sont toujours dans les demandes. Il y a eu une phase « on ne veut pas prendre conscience, les finances non ; maintenant on sait qu'il y a des finances mais on veut quand même ». A la deuxième phase, c'est « on a compris, on va faire pour ». On a encore une phase à passer pour dire « oui effectivement, maintenant il faut lier le discours à l'action ».

Tout à l'heure, quand vous me parliez de la particularité qu'il y a trois cadres sup. dans le pôle, comment s'est passée votre nomination comme cadre coordonnateur puisque comme vous étiez trois ?

Il y a eu une demande de l'équipe médicale et des cadres supérieurs d'avoir un cadre coordonnateur.

Comme c'était prévu dans la loi c'est-à-dire qu'il y ait un cadre coordonnateur ?

Il y a une particularité dans ce pôle, c'est qu'il y a des sages-femmes qui sont de l'ordre médical et il y a des puéricultrices. Le supérieur sage-femme ne peut pas être sous l'autorité d'un cadre supérieur infirmier. Donc l'idée a été de dire « on en met un troisième ». Et le troisième qui est moi, je suis cadre coordonnateur, je suis de formation sage-femme et puéricultrice et je n'ai plus la qualification de cadre supérieur puisque moi j'ai travaillé au niveau de la stratégie, j'ai fait un Dess des organisations en management des services de santé. J'ai une formation qui a évolué. J'ai un métier qui, moi personnellement, a évolué.

Qui est à la fois l'aspect transversal au niveau clinique plus l'aspect management ?

Tout à fait. J'ai fait un Dess en management des organisations sanitaires et sociales. Je suis ingénieur en organisation, ingénieur maître. J'ai complètement une formation qui permettait de. Le fait que j'étais sage-femme et puéricultrice, ça arrangeait tout le monde.

J'essaye de voir précisément au niveau des nominations, que ce soit responsable de pôle, cadres supérieurs et administratifs, si vous le savez qui a émis la demande. Comment ça s'est fait ?

C'est un groupe de pression dans le pôle qui est venu de l'obstétrique et du responsable.

Est-ce que les deux autres ont voulu postuler à un moment donné ?

Non, non, il y a eu un consensus. La cadre supérieure, c'est elle à la limite qui a dit « il faut quelqu'un ». En fait c'est la tierce personne qui fait que ça fédérera. Mais demain, vous me posez la question s'il faut un cadre coordonnateur et deux cadres sup., je dis non. Il faut un cadre coordonnateur mais qui est vraiment au-dessus de tout, qui a travaillé sur ce qu'est le pouvoir, qui a travaillé sur ce qu'est le territoire, qui a fait une analyse personnelle pour pouvoir y arriver sinon c'est mission impossible. Personnellement, je pense que le responsable de pôle ??? deux cadres sup. Le futur, ce sera ça, c'est ce que je dirai à la fin de mon mandat.

Et est-ce qu'à la fin de votre mandat, vous renouvellez ou pas ?

Je ne sais pas, non. C'est un poste qui est très schizophrène, vous ne savez pas où vous êtes. Les gens, même l'institution ne sait pas. L'institution qui vous a nommée, éventuellement comme vous n'êtes pas légitimée dans votre poste, il n'y a pas d'organigramme clair et net et

donc on s'adresse un peu à tout le monde et donc c'est un conflit de rôle, c'est de la confusion. Et il est utile ce poste parce qu'il y a des choses que je fais, c'est un peu travailler en dessous de table, vous voyez. Personne ne voit mais ça se fait, des actions qui ne font pas de bruit mais voilà.

C'est un peu d'autonomie ?

C'est typiquement de la gestion des organisations, faut voir, où on va, comment on s'en sort. Quand je dis en dessous de table, c'est sans bruit, vous avancez par petits pas.

Ça veut dire qu'on vous laisse de la marge de manœuvre ?

J'en prends quand même mais c'est un rôle excessivement difficile. Il faut vraiment être clair dans sa tête, très très clair.

Par rapport à votre précédent rôle de cadre supérieur dans votre clinique à maintenant, qu'est-ce que vous voyez qui a beaucoup changé ?

Je n'étais pas cadre sup. en clinique, j'ai travaillé à la direction de la stratégie. Avant, mon parcours a été celui-ci : avant il y avait deux maternités, j'étais la cadre coordinatrice de ces deux maternités. Ces deux maternités avaient deux cadres supérieurs et donc c'était clair et net, c'était un peu le directeur des soins des deux maternités ; ensuite il n'y a eu plus qu'une maternité, il n'était plus nécessaire d'avoir plusieurs cadres sups. et donc j'ai travaillé à la direction de la stratégie, projet d'établissement. Et puis il y a eu un groupe de pression, de l'obstétrique, et on m'a demandé si je voulais être cadre de pôle et j'ai dit pourquoi pas.

Vous regrettez ?

Non, pas du tout parce que j'ai quand même en quatre ans réalisé certaines choses mais c'est très difficile, moralement très difficile.

Où est-ce que vous trouvez du soutien ?

Aucun. C'est un poste où on est très seule.

Avec qui vous êtes le plus en relation ?

Je suis trop professionnelle, avec personne. Le rôle de cadre coordonnateur, c'est justement de ne pas être en relation plus avec l'un qu'avec l'autre. Je dois être à égalité avec toutes les cliniques puisque le but c'est de prendre des décisions qui ne favorisent pas les uns par rapport aux autres.

Mais vous êtes plus en relation avec le responsable de pôle ou avec les cadres sups. ?

Avec le responsable de pôle et cadres sups et les cadres de proximité quand je suis sur des dossiers où il faut que je travaille avec eux.

Et le directeur référent ?

Là je ne le vois pas, actuellement. J'ai peu de relation avec lui.

Dans les réunions ou même en dehors ?

Même pas. C'est là où il y a une ambiguïté, on ne sait pas.

Sur vos relations avec le responsable de pôle, comment vous voyez son rôle ?

Le responsable de pôle, c'est la personne....., son rôle c'est de permettre..... D'abord il y a un projet médical et un projet d'établissement. Le responsable de pôle doit mettre en place le projet d'établissement et le coordonnateur aussi. Depuis quatre ans, j'ai le projet d'établissement en place, je connais quelles sont les orientations du projet d'établissement donc l'objectif premier, c'est ça. J'aurais dû commencer par là d'ailleurs ; et il y a le projet médical au sein du pôle et les objectifs de chaque clinique universitaire doivent permettre d'abriter les priorités de chaque clinique. En fait chaque clinique universitaire devrait avoir une priorité et des sous, des sous, des sous-priorités. Le responsable de pôle doit avoir une vision des projets médicaux et de faire décliner dans chaque clinique universitaire les priorités où se rattachent des ressources. Il doit faire en sorte qu'on n'ait pas de lobbying, par exemple, que le projet médical est bien en cohérence avec la demande de soins, son offre doit correspondre à une demande et ça doit correspondre à un besoin : un besoin d'hôpital de proximité, d'hôpital recours (???) et universitaire. On a ces trois dimensions et le responsable de pôle doit avoir une vision de ce qu'il faut qu'il pousse au développement. Qu'est-ce qu'on pousse à développer ? Qu'est-ce qu'on va retenir ? Quel est le choix ? On n'est pas encore rentrés dans les choix, on en parle mais....

Dans le rôle que vous m'avez défini, j'ai l'impression que c'est un rôle idéal ? Vous me disiez « il devrait.. », ce que vous m'avez dit là c'est plutôt l'idéal ?

Mais c'est ce qui, petit à petit, il est amené à faire. Je l'ai vu en quatre ans, petit à petit on tend vers ça.

Et actuellement, pour vous, comment vous le voyez comme rôle effectif ?

Le rôle effectif, c'est celui. Il fédère des équipes, il doit faire accepter le choix qu'il a fait, il doit pousser les équipes au développement, au changement, changement par rapport à nos contraintes, financières et tout, il doit pousser les équipes à rentrer dans le nouveau mode de gestion hospitalière, il doit faire évoluer intellectuellement tout le monde en disant « notre gestion hospitalière, ça sera la comptabilité analytique par exemple », il faut qu'on en parle. Le responsable de pôle a vraiment un rôle de moteur des objectifs institutionnels et médicaux.

Est-ce qu'il y a des choses là-dedans qui ne sont pas encore acquises pour l'instant ?

La notion de priorités et choix est encore difficile à faire admettre parce que chacun estime que son territoire est prioritaire. Il y a encore du travail à faire, à mon avis.

Et il essaye à ce niveau là ou alors pour l'instant c'est encore difficile ?

Non, non, il a un discours qui a complètement changé depuis le début, le responsable de pôle. Depuis six mois, un an, il tend à aller là-dedans. Moi, je ne pourrais pas travailler s'il n'était pas là-dedans, il faut être clair. Il y a une réalité, on sait que la survie d'évolution du pôle, elle passe par là, elle passe par des développements d'offre de soins par rapport aussi à une réponse à la population. On sait qu'on doit être dans des complémentarités, qu'on doit être compétitif. Lui, ce qu'il fait, c'est son discours, c'est une histoire de discours. Et puis après la mise en musique du discours.

Au niveau de cette mise en musique, il y aura des efforts à faire ?

Ah oui, tous. Je vous donne un exemple du conseil de pôle : « oui, oui, ce qu'a dit [le directeur référent], c'est vrai, il faut un retour à l'équilibre », la même personne, le lendemain, vient me

voir et me dit « je voudrais avoir une augmentation de tant de temps de travail », je le regarde et je lui dis « eh, hier on était au retour à l'équilibre mais le retour à l'équilibre il est pour les autres, pas pour soi ». Il est toujours pour les autres. C'est là où au sein des pôles, il faut fédérer les cliniques pour gérer. Dans le contrat de pôle, j'ai vraiment essayé de faire en sorte qu'il y ait un équilibre dans les priorités. Chaque clinique a une priorité de telle façon à ce qu'il n'y ait pas de sentiment d'être lésé, c'est hyper important. Dans nos demandes, il doit y avoir un équilibre entre, sinon les gens vont se déchirer parce que les conflits entre cliniques, il y en a.

Est-ce que, au niveau des compétences, il y a des choses sur lesquelles le responsable de pôle devrait être formé ?

Ben oui, en management il faut qu'il soit formé, c'est clair. Le rôle le plus dur pour le responsable de pôle, c'est de ne pas être démagogique. Quand il reste dans une voie démagogique, ça ne marchera pas. Souplesse ne veut pas dire démagogie ; écoute ne veut pas dire démagogie. On ne peut pas avoir un discours aujourd'hui et le lendemain on en a un autre avec un autre parce que la prise de décision ne peut pas se faire sur de la démagogie. Les responsables, ce sont des décideurs et dès lors qu'on est sur un discours démagogique, la décision ne se prend pas.

Et pour vous la formation peut aider ?

Oui, ça peut aider à cette difficulté de positionner sa décision.

C'est plus des formations de management que de gestion budgétaire ?

De gestion budgétaire, oui mais en général les responsables de pôles sont des gens brillants et ils peuvent acquérir vite. C'est sûr qu'il faut avoir une formation de gestion mais elle est plus facile que la formation en management où c'est toute sa personnalité qui est remise en cause. Il faut avoir le savoir-faire de gérer des hommes mais être responsable de pôle, il faut être clair, il faut savoir que je vais prendre des décisions qui ne plairont pas à tout le monde. Soit j'en prends, soit je n'en prends pas du tout et quand on n'en prend pas du tout... Le discours démagogique arrive à la non décision. Il faut que le responsable après assume... C'est dur de prendre une décision, pas facile. On ne se met pas responsable comme ça, ça s'apprend. Moi qui ai beaucoup appris là-dessus, qui ai été formée, on ne s'invente pas comme ça parce qu'on a besoin d'outils et puis de travailler sur soi, c'est obligatoire.

Au niveau des difficultés, en ce moment quelles sont les principales difficultés, les principaux projets dans le pôle ?

Moi, c'est de trouver des ressources. Les difficultés, c'est la pénurie de ressources en infirmières. C'est partout, dans toutes les cliniques. Ma plus grosse difficulté en gestion en ce moment, c'est la fermeture des lits et les heures supplémentaires et ce n'est pas la bonne réponse. Les heures supplémentaires, on est en déficit permanent, c'est un déficit chronique ; et la fermeture de lits, c'est qu'on n'arrive pas à trouver de la place pour hospitaliser les enfants. Il y a quand même une réalité qui dit « on n'a pas de ressources, même si on voulait avoir tous nos postes vacants occupés ». Du fait qu'on n'a pas de ressources au plan national, il va bien falloir trouver un moyen. C'est là où on n'est pas encore prêts collectivement à essayer de chercher des solutions. Il faudrait aller voir dans d'autres pays comment ils organisent leurs équipes, en Suisse par exemple. Il faudrait faire de la biblio, voir comment ils ont fait parce qu'ils sont plus sur des postes fonctionnels comme nous. Nous, on a un schéma posté mais apparemment ce n'est plus ça dans d'autres endroits, mais on n'est pas prêts.

Je l'ai vu un petit peu au conseil de la semaine dernière, quels sont les projets du pôle les plus importants en ce moment ?

Les projets médicaux ? D'abord on a l'hôpital couple-enfant deuxième tranche donc l'urgence c'est de redémarrer le travail sur les organisations parce qu'on a un peu arrêté. Et puis il y a des secteurs où il faut se sortir, c'est la problématique de la chirurgie pédiatrique et les urgences pédiatriques. C'est un pôle qui est très intéressant. Il y a eu des évolutions depuis qu'on est en pôle (trois ans), les gens se parlent plus, partagent plus leurs problématiques. On se parle plus dès lors qu'on connaît plus la problématique de l'autre, ça ne veut pas dire qu'on accepte mais on la connaît. C'est encore assez cloisonné.

Entre les cliniques, ça se parle ?

Oui. C'est encore un peu cloisonné, chacun défend son territoire mais ma problématique c'est de parler au niveau des gens. C'est un long chemin mais c'est un pôle qui a quand même évolué.

Entre un chef de clinique maintenant et un responsable de pôle, sur des activités très concrètes qu'est-ce qui change selon vous ?

Le responsable de pôle, on a un peu la même éthique, il est dans le respect et tous les deux on a la même valeur. On est dans le respect que chacun puisse s'exprimer, lui au niveau des responsables de clinique et moi au niveau des cadres sups. Ils ont de l'autonomie dans leur clinique et le responsable de pôle arbitre et il fait en sorte que le développement de l'activité soit accepté. C'est son rôle principal et il y a un arbitrage avec moi des ressources que l'on donne mais pour l'instant on n'est pas rentrés dans le dur au niveau des ressources. Quand vous êtes en pénurie, vous n'avez pas de choix à faire sur les ressources, vous n'avez pas, vous n'avez pas.

Vous vous voyez à quelle fréquence ? Vous vous contactez en dehors des réunions hebdomadaires ?

Le responsable de pôle, je le vois tous les mardis et en dehors très peu, vraiment lorsque j'ai un problème majeur.

C'est plutôt vous qui le contactez ?

Non. La clé du succès du cadre coordonnateur et du responsable de pôle, c'est qu'ils soient toujours d'accord devant les autres.

Justement il y a quelque chose qui m'a frappé dans l'entretien, c'est que j'ai l'impression qu'au niveau du rôle que vous définissez, vous êtes très proche du responsable de pôle ? Comment est-ce que vous vous différenciez par rapport à lui ? Comment vous coordonnez ?

Oui, je suis très proche. Le responsable de pôle travaille beaucoup en circuit parallèle. Moi, je suis attentive de telle façon à ne pas me mettre à défaut par rapport à ce que c'est qui peut éventuellement... et le dire hors réunion. Petit à petit il y a un climat de confiance qui s'est installé entre nous et ce qui se dit dans les couloirs, maintenant c'est dit entre nous deux. Donc on a beaucoup évolué, il a évolué. Mais la clé du succès de ce binôme, c'est que je ne sois pas en opposition avec lui et que lui ne soit pas en opposition avec moi. C'est un exercice très difficile.

Très concrètement, vous vous occupez des mensualités, du budget ?

Oui, oui mais même avant, moi je m'occupais de tous les soignants et l'attaché d'administration s'occupe des secrétariats et de l'administratif.

Là, vous n'êtes pas sur les deux domaines, il y a quelqu'un qui remplace ?

Là, actuellement, je suis sur tous les domaines avec un adjoint administratif. Je fais l'intérim mais l'intérim ça ne m'a pas trop dérangée parce que avant je m'occupais de tous les personnels soignants et là il y a toute la partie secrétariat que je ne faisais pas. Ce qui m'a gênée, c'est que j'ai fait la préparation du contrat de pôle, avant on le faisait avec l'attaché d'administration. Avec le responsable de pôle, on se voyait tous les mardis, tous les trois. On avait une grande cohésion avec le cadre administratif. Mais moi, au niveau des ressources, on fait un état des lieux au niveau du responsable de pôle, on lui dit où on en est de l'absentéisme, si je sens que le climat social n'est pas très bon là ou là, qu'il faut faire quelque chose là.... En fait, je fais beaucoup de prévention.

C'est difficile à dire mais en une semaine type, si je vous demande combien de temps vous passez à la gestion des mensualités, problèmes de conflits.... ?

Tous les jours, j'ai le nez dans....

C'est vraiment votre activité principale ?

Non mais je suis tous les jours dedans et puis il y a des gestionnaires de ??? Donc moi, je suis tous les mouvements, j'essaye de voir ce qu'on a fait, pourquoi on a mis cette ressource là ; j'ai des projets de douze heures (???), on a eu une infection nosocomiale en néonatalogie, c'est moi qui était responsable, entre autres parce qu'il y avait le service technique, du bon déroulement des travaux. Typiquement, au niveau des cadres, on coordonnait ensemble ; dernièrement le cadre sup n'était pas là, j'ai suivi la mise en place des lits de surveillance continue ; et puis j'ai des projets de transfert ???, il y a un groupe référent qualité et donc c'est moi qui l'ai mis ; il y a un groupe conseil propreté pour ce bâtiment, c'est moi qui l'ai mis. J'ai trouvé des missions... par exemple un groupe référent qualité, c'est tout le pôle donc je suis là où les cadres sups ne le sont pas. Mon objectif, c'est toujours être là pour les cadres sups qui n'y sont pas, de telle façon à ce qu'on n'est pas un conflit de travail. Quand quelqu'un a décidé qui s'occupait de ça, moi je me retire. C'est la voie que j'ai trouvé pour pouvoir travailler.

C'est beaucoup de projets ?

Oui et de suivi de la mise en place de projets.

Au niveau des mensualités, c'est une activité qui est présente mais peut-être en second ?

C'est présent, c'est quantifiable. Il y a des outils donc on regarde. Ce n'est pas moi qui les calcule les mensualités, on dit clairement « voilà ce que vous avez dépensé ». Moi, je n'utilise que les outils et après je prends les décisions en fonction de ces outils. Il y a l'institution derrière les pôles, le pôle ne travaille pas tout seul. Il y a une équipe de gestionnaires qui font un travail énorme. On ne le voit pas mais elles ont la connaissance de la gestion, du suivi des personnels et puis il y a tout le problème des personnels dans les évaluations. Par exemple, là actuellement on va avoir un licenciement, etc. En fait, je repère et c'est là où mon intervention de coaching auprès des cadres sups est de dire « là, on ne peut pas laisser continuer ça... ». Par exemple, pour l'évaluation des personnels, on ne dit pas les choses réelles et puis quand tout d'un coup l'agent ne va plus, on n'a jamais rien dit. C'est typiquement le coaching,

l'accompagnement aux évaluations. C'est un travail qu'on ne voit pas mais que je fais en permanence. Au niveau de deux cadres ça marche bien et au niveau du troisième pas du tout. Ça prend ou ça ne prend pas. C'est un travail difficile d'être cadre coordonnateur et je pense que pour ce pôle le prochain il y aura deux cadres sups, c'est trop ambigu. C'est l'expérience qui fait que j'y arrive. J'ai quand même démissionné il y a six mois, j'ai posé ma démission. Oui, ça a été refusé parce qu'on m'a dit que ça allait s'arranger mais ça va certainement s'arranger, j'ai confiance mais c'est ingérable. Il faut être hyper détendue pour lâcher prise en permanence. Je lâche prise en permanence tout en essayant de pousser le pôle à évoluer. Ça va bien cinq minutes mais il arrive un moment où vous dites non. Et puis quand les choses ne sont pas posées, ça ne peut pas continuer comme ça. Il faut, à mon avis, deux cadres sups et puis c'est tout, il ne faut pas mettre un cadre coordonnateur. Soit vous trouvez le cadre coordonnateur qui est absolument... ça ne peut pas être un jeune parce que le jeune n'acceptera pas ce que j'ai accepté. A 40 ans, un cadre coordonnateur n'acceptera pas ça et puis c'est schizo et puis à la limite je dirais que c'est un coût et est-ce qu'il faut vraiment mettre ce coût, est-ce que ça ne pourrait pas se faire qu'avec deux cadres sups ? Voilà la question. Est-ce que ça ne pourrait pas se réaliser avec deux cadres sups et un attaché d'administration ? Au jour d'aujourd'hui, je dis non, effectivement il fallait un cadre coordonnateur pendant cette phase de démarrage mais la deuxième phase où le pôle sera posé, faut-il le continuer ? C'est ça ma question.

Ça vous est arrivé d'en parler avec le responsable de pôle ?

Non, pas pour l'instant. J'en ai parlé à vous parce que vous êtes en train de faire un travail, après c'est des questions que vous vous posez. Là, oui il fallait parce que ça a permis aux gens de se connaître. Vous avez interrogé les responsables de cliniques ? Allez-y et donc vous verrez comment ils me voient. Ça serait très intéressant de voir comment ils voient ce rôle de cadre coordonnateur par rapport à leur cadre sup. J'aimerais bien en avoir un retour. Quelle vision il a le responsable de pôle de son rôle ?

C'est assez bizarre puisque ça change pas mal, je l'ai rencontré à quelques mois d'intervalle, je le rencontre encore la semaine prochaine. Je ne peux pas vous faire de bilan, c'est très bizarre.

On a évolué. Il y a même une évolution dans la prise de fonction, c'est clair. Je le vois bien, on est beaucoup plus en phase.

Ce qui revient le plus, c'est dans le management, l'animation.

Un cadre coordonnateur qui ne travaille pas en confiance avec son responsable de pôle, d'abord ce n'est pas intéressant sur le plan métier (il faut quand même se faire plaisir à aller bosser) et là nous on arrive à avancer ensemble, à prendre le même chemin. Ce qu'il défend, je le défends et puis si je ne suis pas d'accord, je lui dis avant et puis on discute. Maintenant, on peut dire que nos objectifs sont partagés.

J'ai une question peut-être un peu indiscrète mais quand vous avez posé votre démission, qui refuse ?

Le DG. Il ne l'a pas refusée, je lui ai dit « si ça change, oui je reste », donc ils sont en train de voir. Ma démission, c'était clairement le système est trop bloqué pour que je puisse avoir une plus-value dans le pôle, je ne peux plus rien faire. Dès lors que vous ne pouvez plus travailler, il faut le dire. Je n'ai pas pour l'instant la réponse mais ma démission a été claire et nette. Dès lors qu'on essaye de vous trouver des solutions d'organisation, c'est déjà sur le bon chemin.

Annexe n°14 : Arbre de codage thématique des postures d'identification au rôle

| Verbatim | Pré-code | Code | Pré-catégorie | Catégorie théorique |
|--|---|-----------------------------|------------------------------------|---------------------------------|
| | | | | |
| « Je suis responsable du pôle Appareil Locomoteur et Gériatrie. » | Pronoms impliquant positivement la personne à l'égard du rôle (je, moi, mon...) | Proximité avec le rôle | Tendance à l'identification | Posture d'identification forte |
| « C'est moi qui recrute les patients, c'est moi qui vends mon produit, c'est moi qui les opère, et c'est moi qui fais tourner la boutique. » | Champs lexicaux intimement liés à la logique du rôle | | | |
| « Moi je dis, bravo à l'évolution vers les pôles ! » | Glorification du rôle | Evaluation positive du rôle | Tendance à l'identification | |
| « Je tiens beaucoup à l'image que je peux donner. Je suis extrêmement flatté, et heureux quand on dit que le pôle « Paloc » est bien géré. » | Grande importance donnée au rôle | | | |
| « La gestion de conflits, ce n'est pas directement de la responsabilité du responsable médical. » | Pronoms neutres, n'impliquant pas la personne vis-à-vis du rôle (il, le/ce rôle...) | « Mi-chemin » avec le rôle | Tendance à l'identification neutre | Posture d'identification neutre |
| « Ma valeur principale c'est de respecter, d'être garant de l'équité, dans la gestion de cet ensemble. » | Champs lexicaux peu liés à la logique du rôle, mais ne la remettant pas en question | | | |
| « C'est pas ma tasse de thé, hein. Mais il faut le faire... » | Indifférence à l'égard du rôle | Evaluation neutre du rôle | Tendance à l'identification neutre | |
| « Je suis quelqu'un de pragmatique. Il y a une règle, on la joue, et on la joue du mieux qu'on perçoit. » | Importance donnée au respect de la règle | | | |

| | | | | |
|---|---|--|--|---|
| <p>« Je ne suis pas chef de pôle. Pour moi, c'est « responsable médical » ! »</p> | <p>Pronoms impliquant négativement la personne à l'égard du rôle (je ne, pas moi, pas mon...)</p> | <p>Distance avec le rôle</p> | <p>Tendance à la désidentification</p> | <p>Posture de désidentification forte</p> |
| <p>« Ma réflexion est scandée par une interrogation permanente : est-ce que les soins que nous dispensons auprès des couples et des enfants, sont « state of the art » ? »</p> | <p>Champs lexicaux opposés à la logique du rôle</p> | | | |
| <p>« Là, il devient un « chef de pôle »... c'est un terme horrible ! »</p> | <p>Critique du rôle</p> | <p>Evaluation négative du rôle</p> | <p>Tendance à la désidentification</p> | |
| <p>« Je crois qu'on ne sert pas à grand chose et qu'on nous a investis d'une responsabilité qui, à mon avis, est purement factice. »</p> | <p>Insignifiance du rôle</p> | | | |
| <p>« Je suis un des rares responsables de pôle... [et plus loin, distinctement] Non, moi je suis resté encore médecin !</p> | <p>Pronoms impliquant tantôt positivement, tantôt négativement la personne vis-à-vis du rôle</p> | <p>Proximité et distance avec le rôle</p> | <p>Tendance à l'identification conflictuelle</p> | <p>Posture d'identification conflictuelle</p> |
| <p>« [Quelles valeurs sont importantes pour vous ?] Le management... [et plus loin, distinctement] Moi, mes valeurs c'est les valeurs humaines. C'est ce qui est le plus important.</p> | <p>Champs lexicaux à la fois liés et en opposition avec la logique du rôle</p> | | | |
| <p>« La question de la T2A est centrale ! [et plus loin, distinctement] Le retour à l'équilibre ! Il n'y a que ça ! »</p> | <p>Glorification et critique simultanée du rôle</p> | <p>Evaluation positive et négative du rôle</p> | <p>Tendance à l'identification conflictuelle</p> | |
| <p>« Je fais énormément de GRH médicales. Ca c'est quelque chose d'important ! [et plus loin, distinctement] La responsabilité de pôle, c'est pas très intéressant... »</p> | <p>Importance et insignifiance alternées du rôle</p> | | | |

Annexe n°15 : Récapitulatif des observations réalisées dans le cadre de l'étude du travail identitaire

| Observations effectuées au CHU | | | |
|--------------------------------|------------------------------|---------------------------|----------------------------|
| <i>Pôle étudié</i> | <i>Réunion observée</i> | <i>Date de la réunion</i> | <i>Durée de la réunion</i> |
| <i>Pôle Couple-Enfant</i> | Bureau de pôle restreint | 29/09/09 | 2h05 |
| | Bureau de pôle restreint | 13/10/09 | 2h00 |
| | Bureau de pôle restreint | 02/03/10 | 2h10 |
| | Bureau de pôle restreint | 17/09/09 | 1h00 |
| | Bureau de pôle élargi | 03/04/09 | 2h00 |
| | Bureau de pôle élargi | 16/10/09 | 2h05 |
| | Bureau de pôle élargi | 20/11/09 | 3h00 |
| | Bureau de pôle élargi | 19/03/10 | 2h40 |
| | Conseil de pôle | 14/09/09 | 1h15 |
| | Signature de contrat de pôle | 16/10/09 | 0h55 |

| | | | |
|--|---|----------|------|
| <i>Pôle Anesthésie- Réanimation</i> | Bureau de pôle restreint | 18/11/09 | 1h30 |
| | Bureau de pôle restreint | 10/02/10 | 1h15 |
| | Bureau de pôle restreint | 17/02/10 | 1h30 |
| | Bureau de pôle restreint | 03/03/10 | 1h20 |
| | Conseil de pôle | 27/11/09 | 2h20 |
| | Réunion de projet NPT | 13/01/10 | 1h40 |
| | Réunion de projet CCA | 03/03/10 | 1h20 |
| <i>Pôle Psychiatrie- Neurologie</i> | Bureau de pôle restreint (non enregistré) | 20/04/10 | 1h30 |
| | Bureau de pôle élargi (non enregistré) | 09/11/09 | 1h30 |
| | Bureau de pôle élargi | 22/03/10 | 2h40 |
| | Bureau de pôle élargi | 26/04/10 | 2h50 |
| | Conseil de pôle | 09/11/09 | 2h40 |
| <i>Pôle Appareil Locomoteur</i> | Bureau de pôle élargi | 09/03/10 | 2h35 |
| | Bureau de pôle élargi | 11/05/10 | 1h30 |
| | Négociation de contrat de pôle | 03/05/10 | 2h05 |

Annexe n°16 : Exemple de retranscription de réunion (troisième étude) – le bureau élargi du 19/03/10 du pôle Couple-Enfant du CHU

Plan de retour à l'équilibre / ARS

Le directeur référent parle d'une lettre du DG qui circule informant d'un plan de retour à l'équilibre. Il dit qu'il y a peu de choses précises pour l'instant, mais que le passage d'ARH à ARH ne signifie pas qu'un changement de lettre : il y a l'idée forte de retour à l'équilibre. Il explique notamment que le nouveau plateau technique ne se fera pas si l'équilibre n'était pas atteint. Il fait part de la nécessité pour les équipes de devenir plus souples : « de toutes façons, je pense qu'on n'aura pas le choix ».

S'en suit une longue discussion un peu tendue entre le directeur référent et le responsable de clinique universitaire.

Le directeur référent soutient le positionnement du DG face à l'ARS : je pense qu'il va se prendre une droite à l'ARS, avec ce qu'il propose là, c'est-à-dire « on ne diminue pas les effectifs au CHU, on les maintient ! » [...]. [Fait référence à une lettre du DG qui appuie ses propos]. Je trouve qu'il est courageux [le DG] face à Morin. Parce que je pense que, Morin, c'est pas du tout ce qu'il a envie de lire. Je trouve qu'il est courageux.

Le responsable de pôle se met à rire à ses dernières remarques.

Le directeur référent entre dans le détail des mesures prises par le DG dans le plan de restructuration. Il insiste sur le fait que les effectifs ne seront pas (ou très peu) impactés.

Le responsable de pôle : écoutez, je crois qu'on va arrêter cette discussion, mais je remercie François de cette présentation qui... C'est important que cette information circule. Ceci dit, on va pas prendre de décision aujourd'hui, mais il faut réfléchir étape après étape à l'optimisation de nos moyens, tout en respectant la charge de travail et l'objectif... et notre responsabilité qui est de donner des soins corrects aux patients, aux enfants, et aux patientes...

Le directeur référent explique qu'il ne faut pas refuser systématiquement la diminution des effectifs. Il faut y réfléchir.

Le responsable de pôle : là il faut définir un ordre de marche. Aujourd'hui, c'est de l'information, et c'est une transition par rapport à la présentation qui va vous être faite par [pas compris les deux noms]. Il y a un projet de pôle à écrire. Il y a des règles. Ces règles, ce n'est pas nous qui les définissons. C'est important de les connaître. C'est important de les connaître pour pas prêter le flanc à des interprétations inadéquates de nos activités. Il est aussi de notre responsabilité de veiller à ce qu'il n'y ait pas d'interprétation inadéquate de la façon on travaille. Et donc c'est pour ça que j'ai demandé à ce qu'on ait cette présentation puisque le directeur de l'ARS me l'a bien dit lorsqu'il est passé me voir à l'hôpital Couple-Enfant il y a un mois. Ce à quoi il serait [insiste sur le « très »] très attentif, c'est justement aux GHM cibles. Et sur les GHM cibles, il l'a dit [insiste] clairement : il y a des problèmes d'affectation ! Si on a des unités médicales sur lesquelles sont affectés un trop gros nombre de

praticiens qui en fait ne contribuent pas à l'activité qui fait l'objet d'un GHM cible, on prête le flanc à la critique. Et on aura beau, a posteriori, se défendre en disant « mais non, mais non, mais non... », les chiffres sont là, donc à nous d'en discuter, de clairement affecter, de clairement définir nos unités médicales, nos unités fonctionnelles. On a un projet de pôle à créer. Il va y avoir des modifications dans l'organigramme du pôle 2011-2018. Et je vous remercie donc de cette présentation qui, je l'espère, nous permettra d'avoir les idées claires pour réfléchir, non seulement du point de vue des organisations médicales – bien entendu, elles sont premières – mais aussi du point de vue des règles dans lesquelles on est en train d'opérer. Donc c'est Didier qui commence ?

Le contrôleur de gestion : oui, je vais commencer.

Présentations contrôle de gestion et systèmes d'information

Léger explique qu'« un grand projet d'optimisation de la structure analytique a été lancé ». Il explique ce qu'est une structure : « la structure c'est aussi l'outil de base de la comptabilité analytique de la gestion hospitalière. C'est l'objet de ce PowerPoint d'ailleurs. Et donc, c'est grâce à la structure qu'on impute les dépenses et les recettes sur certaines UF qui correspondent à la production d'une certaine activité ». Il rentre dans certains détails et finit par préciser que la structure administrative (utilisée dans le SI et pour l'imputation des coûts) et la structure médicale (structure hiérarchique) peuvent parfois différer.

Le responsable de clinique universitaire demande pourquoi.

Léger précise que la structure médicale a été définie de manière différente par rapport à la structure administrative.

Le responsable de clinique universitaire : c'est quand même des sources d'incompréhension majeure, quand même, ça.

Le responsable de pôle acquiesce : tout à fait.

Léger explique que le rapprochement a essayé d'être fait à l'occasion de la création des pôles, mais de manière imparfaite.

Le contrôleur de gestion conclut : j'espère qu'un jour on arrivera à n'avoir plus qu'une seule structure.

Le responsable de clinique universitaire : le jour où l'administration s'adaptera à la médecine et pas l'inverse. C'est comme les ordinateurs.

Le contrôleur de gestion explique que même pour eux les règles sont imposées, et prend l'exemple des urgences.

Le responsable de clinique universitaire considère qu'avec cette méthode les chiffres trouvés sont faux et ajoute : c'est ça le problème, c'est est-ce qu'il faut respecter des contraintes que je comprends parfaitement pour donner des chiffres dans des cases qui vont être faux, ou est-ce que vraiment on rentre dans le vif du sujet et se demande comment trouver des solutions qui correspondent bien à la réalité mais qui finalement aboutit à ce que l'on veut faire, c'est-à-dire évaluer le coût d'une activité.

Le contrôleur de gestion explique qu'il y a, au delà de la structure, beaucoup de retraitements qui sont faits ensuite pour se rapprocher de la réalité.

Personne ??? intervient pour expliquer les retraitements et en discute avec le responsable de clinique universitaire. Le contrôleur de gestion intervient de nouveau.

Le responsable de clinique universitaire demande : combien ça coûte de prendre en charge les prématurés ? Combien ça coûte de prendre en charge telle pathologie ?

Le responsable de pôle intervient : non, non, ça c'est après [plus loin dans la présentation].

Le contrôleur de gestion explique qu'ils ne peuvent être assez précis à ce moment-là de l'analyse.

Le responsable de pôle l'interrompt : les trois présentations vont être complémentaires je pense. Donc je pense qu'on va pouvoir conduire la réflexion après.

Le contrôleur de gestion poursuit son explication.

Le responsable de pôle l'interrompt de nouveau : mais je crois que ça s'éclaircira après la réflexion par exemple sur les GHM cibles, où on verra les règles d'affectation entre les unités d'hospitalisation, les unités de consultation, les unités de bloc. C'est là où on peut avoir du mal à définir des affectations de personnel.

Le responsable de clinique universitaire pose la question de la trop grande précision/généralité des unités d'analyse, soutenu par la cadre coordonatrice.

Le responsable de pôle précise qu'il faut trouver le curseur.

Le contrôleur de gestion commence à leur répondre.

Le responsable de pôle : il faut avancer. Ça va peut-être s'éclairer après les trois exposés. [Pas sûr] Pour l'instant, notez vos questions. Sinon on va mettre tout le monde en difficulté au niveau des horaires.

Le contrôleur de gestion continue rapidement.

Le responsable de pôle précise : il faut qu'on soit dans les clous au 1^{er} janvier 2011. Mais ça demande beaucoup de travail, beaucoup de réflexion au préalable, hein. D'autant que toute demande de modification de la structure nécessite d'être anticipée d'au moins 2 mois.

...

Personne ??? (SI ?) commence sa présentation sur la méthodologie de l'étude nationale des coûts. Rentre les détails de l'analyse (cf. unités d'œuvre...).

Le responsable de clinique universitaire l'interrompt : je comprends rien. Je suis désolé [pas compris]. Je suis désolé, je vais m'énerver mais je comprends rien. On va nous demander déjà des choses à faire pour le 1^{er} janvier, je comprends pas !

Le responsable de pôle : non mais il y aura d'autres... on y reviendra... là, c'est un cours en amphi [en éclatant de rire] et ensuite on aura les TD. On y reviendra dans les unités...

Le responsable de clinique universitaire continue, énervé : il nous faut du temps pour comprendre ce genre de truc, alors si en plus les explications sont pas claires ! Je suis désolé, vous vous adressez à des médecins ! Vous vous adressez pas... Moi j'ai pas appris ça à la faculté ! Je peux pas apprendre ce que c'est qu'une unité d'œuvre comme ça.

Le contrôleur de gestion intervient pour expliquer : le but c'est de déterminer un coût par séjour...

Le responsable de clinique universitaire : mais j'ai bien compris ça. Mais je ne vois pas la méthode de travail que vous voulez nous faire faire.

Le ton de la discussion hausse. Femme SI ? intervient pour expliquer.

Le responsable de pôle : là, ce sont... Il est demandé – et je suis en accord – il est demandé à l'établissement de fabriquer des indicateurs d'activité, de coût d'activité, et c'est à cette sauce-là que nous sommes évalués, analysés, et que toutes ces données aboutissent à l'établissement de comptes de résultat analytiques. Je crois qu'il s'agit d'une séance d'information pour progresser, hein. On va pas devenir à la fin de cette séance des experts dans le domaine, mais j'espère qu'on aura un petit peu progressé, et que, au fur et à mesure, d'années en années, on nous aura dit « votre GHM cible est à 300% du coût annuel et ça va être délétère pour votre évaluation » ou au contraire « il est à 50% mais ça reflète probablement pas la réalité et il y a d'autres choses qui doivent se passer... ». Voilà. C'est un langage sur lequel nous sommes obligés... on est des citoyens dans un Etat, on a à apprendre les règles, on a accepté des responsabilités de fonctionnement... autant progresser un peu dans la compréhension. C'est tout ! C'est tout. [Passant la parole à la personne SI ?, en riant un peu] Voilà, je vous en prie.

La personne SI ? reprend sa présentation.

Le responsable de clinique universitaire intervient : donc le jeu consiste, si ma compréhension est bonne, à affecter de manière « intelligente », astucieuse... sarkozienne, le personnel médical ou paramédical sur les trucs qui rapportent le plus.

Le responsable de pôle intervient pour s'opposer à son explication : non [pas compris la suite].

Personne SI ? réexplique à son tour et insiste sur le fait que ce n'est pas l'idée de rentabilité mais de comparaison entre établissements.

Le responsable de clinique universitaire : mais alors certains CHU sont beaucoup plus malins que nous...

Le responsable de pôle : mais attends...

Personne SI ? continue.

Le responsable de clinique universitaire : je comprends bien le sens mais c'est pas possible là. Ce matin je suis intervenu en réanimation, en soins intensifs, en néonatalogie, en passant par [pas compris, « la salle des naissances » ???]. 0,03% [pas compris signification... fait rire le responsable de pôle]. Donc c'est ce que je vous disais. Soit on fait un groupe médecine néonatale [pas tout compris], soit on [ne finit pas sa phrase je crois]...

Le contrôleur de gestion intervient pour expliquer qu'on ne peut pas toujours le faire à la journée, que c'est global.

Personne SI (autre ?) intervient aussi pour expliquer les contraintes de la comptabilité analytique et des outils existants pour être plus précis.

Le responsable de clinique universitaire intervient de nouveau pour critiquer le fonctionnement.

Discussion continue avec personne SI.

Le responsable de pôle n'intervient que pour recadrer les participants et permettre à personne SI de continuer sa présentation.

Personne SI continue sa présentation.

Le responsable de clinique universitaire : donc si je te résume bien, [pas sûr] notre hystérectomie coûte cher parce que [le responsable de clinique universitaire] a été couillon et qu'il a mis plein de gynéco en gynéco !

Le responsable de pôle : c'est tout...

Le responsable de clinique universitaire : c'est tout !? Donc il faut que j'arrête de faire ça et que je les affecte. Moi je dis, tiens, puisqu'on s'est fait coincer pour l'hystérectomie, prévoyez des trucs pour les autres machins. On va magouiller comme les autres !

Le responsable de pôle : non...

Discussion forte entre le responsable de clinique universitaire et personne SI.

Le responsable de clinique universitaire : ça passe pas ça, c'est pas possible. Faire des conclusions aussi importantes que ça sur des chiffres qui ne prennent absolument pas le qualitatif en compte. [Personne SI intervient pour expliquer, le responsable de clinique universitaire l'interrompt à son tour] Laissez-nous quand même vous expliquer notre point de vue, quand même ! C'est énervant aussi quand même ! Vous nous exposez quelque chose pour qu'on comprenne mieux, nous sommes des citoyens qui sont amenés à progresser [fait rire le responsable de pôle], bon, entendez quand même notre façon de voir les choses. Bon sang, c'est quand même énervant ! Parce que, effectivement, on peut avoir moins de médecins en néonatalogie au CHU de Saint Etienne ils vont faire le même travail que nous, ils vont pas [pas sûr] les laisser décéder comme ça dans le service, ils vont le faire. Ca va coûter moins cher. Mais à quel coût ? Mais à quel prix pour les médecins ? Est-ce qu'ils vont finalement faire 3 gardes, 4 gardes, 5 gardes, 6 gardes par mois ou 2 ? Et donc finalement, ça coûte peut-être moins cher parce qu'il y a moins de médecins, mais si la [pas sûr] réalisation des soins n'est pas qualitativement correcte, ben ça sert à rien de s'aligner sur Saint Etienne ! Bon, alors cet aspect-là n'est pas du tout pris en compte. Et donc les conclusions que vous portez sur ces chiffres-là dangereuses. Elles sont dangereuses parce qu'elles ne prennent absolument pas en compte les côtés qualitatifs qui sont quand même fondamentaux, et ça nous on le sait quand on est dans les services. Et donc, je suis quand même un peu critique vis-à-vis de cette méthode – que j'ai du mal à comprendre, mais je vais la reprendre tranquillement pour bien la comprendre – et je suis effrayé des conclusions que vous voulez porter à ces résultats.

Le contrôleur de gestion : je prends pas ça comme des conclusions, je prends ça comme des pistes de travail...

Le responsable de clinique universitaire l'interrompt : non, mais appelez ça comme vous voulez, mais quand vous dites à des chefs de service qu'il faut penser à la réaffectation de leur personnel selon les secteurs, c'est des choses lourdes pour nous. On se bat tous les jours avec ça. [Personne SI intervient, mais il l'interrompt en faisant référence au début de la réunion]

Non mais, en ce moment, on est brassés par ça. Donc on est extrêmement sensibles à ça [...]. Je suis effrayé.

Le responsable de pôle : c'est pas des conclusions très très choquantes quand même ! Christine dit simplement... elle nous permet de mettre le doigt sur quelque chose de simple, effectif. Il y a trop de médecins affectés sur l'UF gynécologie chirurgicale...

Le responsable de clinique universitaire l'interrompt : mais est-ce que tu en es sûr de ça ?

Le responsable de pôle [haussant le ton, notamment parce que d'autres participants réagissent] : oui, ça a été montré, c'est un problème réel !

Inaudible, tout le monde parle, brouhaha général.

Le responsable de pôle : il faut que, dans cette UF, émerge la quotité de temps des gens qui y travaillent ! Point !

Le responsable de clinique universitaire semble de nouveau remettre en question la fiabilité de ce constat.

Le responsable de pôle [un peu énervé] : oui mais [pas compris] [pas sûr] vient de le dire là. Certes, tu apprécies, allez, à 10%, voire à 20%, à peu près... mais [pas compris, le responsable de clinique universitaire se met à parler en même temps].

Le responsable de clinique universitaire questionne les possibilités de comparaisons.

Discussion s'engage encore avec le contrôleur de gestion et personne SI.

Le responsable de clinique universitaire : je pense qu'il faut rester très prudent...

Le responsable de pôle : mais bien sûr qu'on l'est...

Le responsable de clinique universitaire : c'est pas si sûr Pierre Simon.

...

La cadre coordonnatrice intervient et reprend l'exemple de hystérectomie pour justifier de l'importance de l'affectation des personnels : « je crois qu'il faut mettre les bonnes personnes aux bons endroits. Bon, alors après, peut-être que je suis naïve qu'on va se faire avoir, qu'on va fermer, que ci, que ça... Je sais pas, moi je me dis, comme Christine, jouons la carte... ».

Le responsable de pôle : ton exemple est très intéressant. Dans ce cas là, tu as demandé à chaque praticien de dire [la cadre coordonnatrice l'interrompt rapidement pour lui dire qu'ils ne l'ont pas fait, qu'ils n'ont pas répondu] comment il distribue son activité en fonction des... il faut lui donner les UF où il doit la distribuer. Voilà. En recommandant la transparence. Il faut pas de salade là-dedans. C'est pas du flicage, c'est pas quoi que ce soit, non, il faut que vous y alliez, on est en train de fabriquer des outils de mesure. Autant qu'ils soient les plus valides possibles. On réfléchira à partir des données qui vont être fournies... Je pense que c'est une bonne façon de procéder, de demander à chaque praticien comment il évalue la distribution de sa quotité de temps, et qu'il y ait peut-être un tour au niveau de chaque clinique universitaire pour voir si chacun l'a bien entendu de la même façon, de façon à ce qu'il y ait pas trop de disparités, quoi. A mon avis, c'est simple. Donc ton exemple était très bien.

Personne SI reprend parole.

Le responsable de pôle : une fois que tu auras ventilé les praticiens qui interviennent aux urgences, [se mettant progressivement à rire] et qui en fait passent au A2, tu auras équilibré tes 100€ de moindre coût sur les [pas compris], et le surcoût des [pas compris]. Donc on a intérêt, a priori, à déjouer ce genre de trappe. Moi, ce qui me frappe, il y a peu de CHU où il y a autant de craniotomies pour épilepsie. Parce que c'est une des spécialités du CHU, et que ces craniotomies sont beaucoup plus longues, [pas compris] opératoires très longs, des suites postopératoires plus longues aussi, donc ça m'étonne pas non plus, mais... Vos chiffres sont intéressants, suscitent un questionnement médical. Ça donne des points de repère par rapport aux autres CHU. Et autant les connaître, et autant les comprendre, de façon à les argumenter au total, s'il s'avère qu'à travers ça on vient nous chatouiller pour nous demander des comptes.

Personne SI reprend parole et termine en disant « mais si vous en voulez d'autres... » [sous-entendu, des présentations] [faire rire le responsable de pôle].

Le responsable de pôle : très bien. Est-ce qu'il y a des questions encore à Christine, [pas compris, l'autre personne], ou [le contrôleur de gestion], qui sont là ? C'est un premier passage. On aura l'occasion d'y revenir si... [pas compris, très bas ; il rie].

Présentation de la remplaçante de Josiane Joseph, nouvelle cadre supérieur en pédiatrie

Le responsable de pôle l'introduit brièvement.

Elle se présente, ainsi que son parcours.

Le responsable de pôle conclut simplement par « merci beaucoup ».

Identification des responsables qualité médicale pour la 1^{ère} tranche

Le responsable de pôle : avant le remaniement du directoire de pôle, avant le départ [l'ex-cadre coordonnatrice], Edith animait ce secteur « qualité médicale » qui, je vous le rappelle, est inscrit annuellement au contrat de pôle. Et elle avait un seul médecin désigné à ses côtés en binôme qui est Anne ????. Anne qui est très impliquée dans ce secteur. Très impliquée parce que l'onco-hématologie pédiatrique, au niveau national, et déjà depuis au moins 10 ans, intégrée dans des standards qualité au niveau européen. Donc elle est depuis longtemps dans les accréditations [pas compris], qui sont des outils qualité auxquels, à mon sens, nous n'échapperons pas. C'est quelque chose qui est arrivé dans l'industrie il y a 20 ans, qui se généralise dans l'industrie et qui est une nécessité. Ça se déploie à l'hôpital. Il se trouve qu'Anne, qui avait une très bonne pertinence pour le faire, du fait en particulier de la maladie de Dominique, est doublement surchargée, et ne peut pas être la personne qui va animer ce travail sur l'ensemble de la pédiatrie et sur l'ensemble de la gynécologie-obstétrique. Donc il faut soulever la question. Je pense qu'il faut que ce groupe qualité se mette en place. Peut-être faut-il le structurer différemment avec un cadre supérieur, deux cadres supérieurs, et probablement deux médecins. Je vous laisse réfléchir. J'attends pas la réponse aujourd'hui. Mais je pense qu'il faut qu'on en discute et que je voulais vous faire part [...] de l'insuffisance de la structuration de ce groupe de travail.

La cadre coordonnatrice fait part des nombreuses tâches qu'elle a pris en charge depuis le départ de l'ex-cadre.

Le responsable de clinique universitaire [je crois] demande si Brunet ne pourrait pas continuer de s'en occuper.

Le responsable de pôle lui répond : non, non, elle est à plein temps sur le projet d'établissement. J'ai eu la maladresse [en explosant de rire] de lui poser cette question ! C'était très gentiment, mais je me suis fait renvoyer...

Discussion avec le responsable de clinique universitaire et la cadre coordonnatrice notamment sur les possibilités.

Politique de remplacement du CHU

Le responsable de pôle : l'air de rien [...], on commence à sentir les premières difficultés. Les premières difficultés, elles sont apparues au dernier directoire, quand [...] est venu nous parler du départ d'une ergothérapeute, d'une psychomotricienne, pour congés annuel et pour congés maternité. Donc, clairement, on a vu là, un refus nouveau [pas sûr] qu'on n'avait jamais encore vu antérieurement, de procéder à un recrutement pour ces personnels. Donc j'ai dit, j'ai demandé une chose à Yves « écoute, reviens au prochain directoire avec une autre façon de présenter les choses : qu'est-ce que tu ne peux pas faire ? quelles sont les implications en termes de soins non faits si ces personnels ne sont pas remplacés ? ». Malheureusement, ça va être notre seule façon de faire. Pourquoi ? Je ne sais pas si ça sera opérant, si ça nous permettra de revenir sur cette première réaction très contrainte au niveau de l'ensemble de l'établissement. Je sais pas si ça sera opérant, mais, en tous cas, on aura exposé les problèmes en termes de responsabilités. Et je veux que ces responsabilités ne restent pas au niveau du pôle. Il faut pas qu'il puisse être dit que nous n'avons pas fait remonter à la direction générale les conséquences de ces non remplacements. Pour donner un exemple, si ce non remplacement conduit à... je veux dire, le chiffre peut être idiot ; actuellement on a peut-être 6 mois d'attente pour la prise en charge de certains enfants qui ont des troubles de l'apprentissage dans le secteur de MPR ; si ça aboutit à un délai de 1 an avant que ces enfants puissent être pris en charge, il faut que ce soit dit à la direction générale et que ce refus soit effectué en connaissance de cause. Je dirais une chose de plus : on rajoutera qu'allonger de 6 mois à 1 an, c'est pas seulement une perte... c'est pas seulement un inconfort pour les familles, ça commence à correspondre à une perte de chance. Donc, je suis désolé, [pas sûr] mais avec ce jeu-là.

Personne intervient pour faire part des problèmes de terrain par rapport aux non remplacements.

Le responsable de pôle : je vous demande simplement... là, on a présenté les choses de façon classique, maintenant, il faut qu'on présente les choses en mettant noir sur blanc les conséquences en termes de soins qu'entraînent le non remplacement. Il est pas question de garder au sein du pôle de telles responsabilités, puisqu'en plus nous ne les maîtrisons pas. Un point que vous n'avez peut-être pas mesuré dans la présentation de François, qui à mon avis était très bien... le directeur général s'est engagé à ce qu'il y ait le même nombre de mensualités pour 2010 que pour 2009. Ce qui est déjà, comme François l'a très bien dit, courageux de sa part. Il y a un petit point, ce n'est qu'un détail qu'il n'a pas dit, c'est que, quand même, en 2009, on a dépassé ces mensualités. Et que, ce que vient de dire le directeur général au directeur de l'ARS, c'est que cette année on ne les dépassera pas. Et nous, au sein du pôle, on n'y a pas manqué. On a fini l'année 2009 à +66 ou +70 mensualités [Bare ? le reprend : « non, +87 »].

La cadre coordonnatrice intervient pour expliquer ce dépassement.

Le responsable de pôle : non, mais, on pouvait les justifier, et tout, et tout, mais cette fois-ci, je crois qu'on n'y coupera pas.

Le responsable de clinique universitaire : ça fait combien de mensualités une femme enceinte ?

Le responsable de pôle : mais non, mais de toutes façons, c'est évident ! Mais on a un absentéisme qui est d'un peu moins de 10% et on avait un taux de remplacement à 3,9%. Donc tu comprends qu'on remplace moins de 40% nos absences.

Le responsable de clinique universitaire et d'autres discutent en même temps.

Le responsable de pôle : non, mais, écoutez. Une fois de plus, on n'a pas réglé le problème. Ce que je demande, c'est de modifier un petit peu nos pratiques, de façon à ce que quand on fait une demande de remplacement on les justifie comme on faisait avant mais en plus on dit « si vous ne les remplacez pas, voilà ce que ça occasionne : [pas sûr] l'arrêt [pas compris, ... « auxiliaire »,... « hôpital de jour »...], et éventuellement la diminution de cette filière d'hospitalisation – ça, c'est pas à nous de le faire, mais je vous assure que les services médico-économiques verront en regard – qu'est-ce que ça a comme conséquences en termes de diminution de la valorisation du CHU ».

Le responsable de clinique universitaire intervient pour demander si on peut regarder à telle période s'il y a eu dépassement des mensualités.

Le responsable de pôle lui répond : on a déjà dépassé [se met à rire]. On dépasse de 30 [rie de nouveau].

La cadre coordonnatrice et le responsable de clinique universitaire discutent.

Le responsable de pôle : bon, écoutez, on va passer. Mais là, vous voyez, il faut monter au créneau. C'est encore exigeant, hein.

Fonction courses

Le responsable de pôle : « fonction courses ». J'ai été questionner ??? [pas compris le nom], la principale protagoniste. Mais Marielle est là, c'est important. J'espère que vous reverrez auprès de Sabine ??? Le groupe d'évaluation de la fonction courses continue son travail. Et j'ai réagi auprès de ce groupe lors du dernier compte-rendu, pour dire que j'étais pas complètement d'accord avec ses conclusions. Puisque dans les conclusions, ils avaient dit « le personnel de courses dédié à l'hôpital Couple-Enfant sera reversé sur le personnel de courses commun à tous les CHU ». Je suis pas d'accord puisque ceci n'était assorti d'aucune réflexion sur « en quoi ça solutionnerait le problème auquel nous sommes confrontés ». Donc je m'y suis opposé. On a eu une nouvelle réunion [pas compris] avec [le directeur des soins], avec Rachel ??? [...], et on a donc décidé... elle est tombée d'accord avec moi, elle a dit « effectivement, pour l'instant c'est pas un dossier qui est conclu », et on a donc décidé de temporiser au moins jusqu'à l'arrivée du pneumatique à l'hôpital Couple-Enfant, qui est prévue pour mai ou juin.

La cadre coordonnatrice : je pense qu'il faut absolument pas rendre quoi que ce soit au moment où ils vont mettre en route le... parce que ça va se croiser partout, hein.

Le responsable de clinique universitaire dit quelque chose très bas [il me semble]. Fait rire le responsable de pôle.

Le responsable de pôle : le deuxième point, c'est que j'ai dit... [Interrompant les discussions] Attendez. Je vous rappelle qu'on avait identifié en accord avec les anesthésistes-réanimateurs en particulier de la 1^{ère} tranche, et on avait dit : « il faut absolument qu'il y ait des personnes

qui soient identifiées pour répondre à l'extrême urgence ». Donc le fait de transférer ces personnels identifiés, dont la fonction première est la réponse à l'extrême urgence, dans un bloc indéfini, va faire disparaître de facto ses fonctions bien identifiées. Alors, ma proposition, c'était de dire : « peut-être qu'effectivement, ces personnes du matin qui sont chargées des courses doivent avoir un profil qui est un petit peu transformé, en étant missionné sur du brancardage, puisqu'il y a une importante augmentation de l'activité obstétricale et gynécologique, en tous cas qui est prévue ; plus la mission d'extrême urgence ». Lors de cette réunion, ça m'a permis de mettre le doigt sur des défauts d'organisation épatants. Par exemple, je me suis aperçu qu'il y avait une confusion extrême entre le bip 7.7.7 et le standard 7.7.7.7. Beaucoup de gens pensaient utiliser le bon protocole en appelant directement les coursiers. Mais en fait c'est pas du tout la procédure. Ils ont fait un choix idiot de donner des identifiants quasi-identiques au bip et au standard. La bonne procédure c'est d'appeler le standard. Le coursier, il a pour consigne [en riant] « vous ne répondez pas aux gens qui vous appellent directement sur le bip ». Parce que c'est le standard qui doit organiser les choses. Je m'aperçois qu'il y a des dysfonctionnements énormes parce que ce groupe de travail n'a pas répercuté les choses vers les utilisateurs des coursiers. La meilleure preuve c'est que j'ai eu un nouveau mail, un brûlot d'Isabelle Pin il y a quelques jours, en me disant « non, non, ça ne va toujours pas, il est pas question de se contenter de ça ! D'ailleurs, le bip 7.7.7 ne répond toujours pas ! » [se remet à rire, ainsi que les autres participants]. Je me suis [pas sûr] posé la tête [pas compris]... Comment va-t-on avancer sur ces problèmes ! C'est infernal ! Les groupes de travail sont contents du travail qu'ils ont réalisé, et une fois qu'ils ont mis le doigt sur un dysfonctionnement, ils ne se chargent pas de le transmettre à tous les gens qui dysfonctionnent. Donc... Alors en plus c'était aussi une idiotie de choisir deux numéros aussi identiques, qui prêtent autant à confusion. En plus, il y avait un autre facteur de mauvaise qualité, c'est que le 7.7.7.7, entre 16h et 18h, retombe automatiquement sur le bip ! [il se remet à rire avec les autres]. En plus, ils avalisaient dans une réunion de travail quelque chose qui est complètement dépendant de la signature du contrat de pôle. On ne peut pas rendre des personnels sans que ça soit avalisé dans le contrat de pôle. Et clairement, je ne signerai pas un truc comme ça.

Annexe n°17 : Arbre de codage thématique des tactiques de travail identitaire

| Verbatim | Pré-code | Code | Catégorie théorique |
|--|--|---|---------------------------------|
| | | | |
| « Je suis responsable médical [insiste sur « médical »] du pôle Couple-Enfant. Moi j'engage ma responsabilité vis-à-vis du fait que les locaux qui seront livrés permettront que les activités médicales qui s'y déroulent puissent se faire de façon satisfaisante. » | Arguments mettant en avant la posture identitaire | Réaffirmation de la posture identitaire | Travail de défense identitaire |
| « Puisque ça n'a pas été prévu initialement, il nous faut mener un réajustement, et si nous voulons qu'il y ait une auxiliaire de puériculture la nuit, « mutualiser » un lit de surveillance continue. Je ne vois pas comment on peut faire autrement. » | Arguments distinguant la posture identitaire de l'action | Protection de la posture identitaire | |
| « Si vous voulez que Youssef soit nommé cette année, moi j'ai besoin des chiffres ! J'y pense à ces gens qui sont derrière ces chiffres. Ces chiffres ne sont pas en l'air et des trucs sans substance. Moi, derrière, je vois les gens que je vais pouvoir pousser et dont on a besoin pour le pôle Couple-Enfant ! » | Arguments intégrant des significations rejetées par la posture identitaire | Extension de la posture identitaire | Travail d'évolution identitaire |
| « C'est n'importe quoi ! Ok, d'accord, on s'occupe du patient. D'un seul coup, on s'en occupe ! On s'en occupe parce qu'on le fait payer le patient ! Ce qui est important dans cette maison c'est que quand ça rapporte ! Le reste... » | Arguments ne prenant en compte qu'une partie de la posture identitaire, rejetant l'autre | Sélection de la posture identitaire | |

Annexe n°18 : Analyse complète des tactiques de travail identitaire des responsables de pôle du CHU en réunion

Le responsable du pôle Couple-Enfant face à la réflexion médico-économique : de la défense à l'évolution identitaire

Le responsable du pôle Couple-Enfant en rejet de la réflexion médico-économique : un travail de défense identitaire

L'organisation des locaux de l'Hôpital Couple Enfant (HCE) : une réflexion médico-économique rejetée

Comme énoncé précédemment, l'HCE constitue le projet fondateur du pôle Couple-Enfant. La première tranche des travaux a donné lieu à de nombreux conflits entre le personnel du pôle (dont son responsable) et les membres de la direction, les premiers reprochant aux seconds le manque de prise en compte des contraintes médicales d'organisation, les seconds reprochant, au contraire, des lacunes dans la considération des contraintes financières. Cette première tranche des travaux ayant été achevée, les discussions s'orientent dorénavant sur la deuxième tranche (consacrée principalement à la pédiatrie, pour rappel). Initiée par le directeur référent dans les premières réunions observées, cette discussion s'avère également problématique, le directeur référent proposant de valider les plans des locaux avec la direction, une fois les contraintes financières spécifiées. Le responsable du pôle critique alors la démarche initiée par la direction dans le cadre de ces travaux. Selon lui, la direction n'a pas intégré suffisamment tôt les médecins dans la réflexion, et s'inquiète de devoir faire face aux mêmes difficultés que celles rencontrées pour l'organisation de la première tranche de l'HCE. Après avoir écarté ironiquement les questions financières, il focalise sa réflexion sur les aspects médicaux et sur la responsabilité légale et déontologique qui lui incombe en tant que « responsable médical » de pôle.

« On va faire un point de méthodologie : qu'est-ce que vous entendez par « validation des plans avec nous » ? Parce que, de temps en temps, par exemple, sur le centre du langage, sur les psychologues, sur l'ANPR, il y a des points qui ont été conclus, mais pas de façon satisfaisante vis-à-vis de la possibilité des activités médicales qui s'y déroulent [...]. Non mais je veux dire... Je suis responsable médical [insiste sur « médical »] du pôle Couple-Enfant. Je vous suis tout à fait gré d'avoir évoqué les raisons architecturales et [insiste sur le « et »] financières. Moi j'engage ma responsabilité vis-à-vis du fait que les locaux qui seront livrés permettront que les activités médicales qui s'y déroulent puissent se faire de façon satisfaisante. Donc il y a une étape médicale [insiste là aussi sur le « médical »] de validation. Si on apporte la démonstration, par exemple, que le centre du langage ne peut pas fonctionner, alors que c'est un centre de référence qui reçoit un budget pour ça, je vais être très mal ! Ainsi que les patients. »

Le directeur référent intervient cependant pour nuancer la position de la direction sur le sujet, précisant qu'il ne s'agit pas de réfuter les contraintes médicales mais de trouver des

compromis lorsque les choix sont possibles. Le responsable de pôle accepte implicitement cette logique mais demande à ce que la validation ait lieu dans un prochain bureau de pôle, en présence des représentants médicaux concernés. La réflexion adoptée par le responsable du pôle Couple-Enfant est donc, là aussi, très clairement en harmonie avec sa posture identitaire, qu'il renforce en la réaffirmant. Il ne nie pas les contraintes économiques, mais leur confère une importance moindre vis-à-vis des obligations médicales.

L'ouverture d'une unité de surveillance continue en pédiatrie : une réflexion strictement médicale qui devient progressivement médico-économique

La direction du CHU demande au pôle Couple-Enfant l'ouverture d'une unité de surveillance continue permettant de gérer des patients lourds. Le pôle est tenu d'ouvrir cette unité dans les prochaines semaines. Menée en bureau de pôle, la réflexion autour de ce projet fait intervenir principalement le responsable de pôle, le directeur référent, ainsi que la cadre coordonatrice. C'est le responsable de pôle, en accord avec l'idée de ce projet, qui initie la discussion. Dans son discours, ce dernier fait référence à la fois au contexte saisonnier qui est synonyme de nombreuses hospitalisations pédiatriques, ainsi qu'aux difficultés rencontrées à ce moment-là par les équipes soignantes concernées. La décision qu'il prend est alors une demande de recrutement massive pour soutenir l'activité. Il ne fait référence ni à l'organisation des soins, ni aux coûts engendrés par les recrutements souhaités. Sa réflexion est donc uniquement médicale. Conforme à sa posture identitaire, il affiche sa volonté de se battre contre la direction pour obtenir ces recrutements. Il s'engage personnellement dans cette décision (« j'avais à cœur »).

« On enchaine sur les lits de surveillance continue. Là, j'aimerais donner un argument [...]. On est donc engagés, tenus, à ouvrir ces lits de surveillance continue pour 2009. Il faut le faire. Je pense qu'il faut le faire d'emblée, dès que possible, dès le 15 juin, à la capacité, qui a été annoncée, de lits. Pourquoi ? Plusieurs raisons. Je n'ai pas de doutes sur le fait qu'il y a nombre d'enfants, y compris pendant la période estivale, qui ont un niveau de soins qui requiert la surveillance continue [...]. Clairement, il font exploser les équipes d'hospitalisation pédiatrique polyvalente. Et puis, j'ai entendu de loin [...] les très grandes difficultés auxquelles vous êtes confrontés [...]. Je vous avoue qu'à court terme, une des seules possibilités que j'envisage pour pouvoir vous aider, c'est qu'un enfant qui sort du bloc passe en surveillance continue [...]. La semaine prochaine il faut que ça remonte. Il y a un conseil exécutif qui a lieu lundi après-midi auquel je participe. Moi j'avais à cœur d'être clair là-dessus pour dire « attendez, j'aimerais avoir avant lundi 15h une hausse de grandeur du nombre de puér[icultrices]. Nous on a besoin d'ouverture de lits de surveillance continue et on a besoin de 18 infirmières ! ». »

Rattrapé par le directeur référent, qui considère sa demande comme utopique, le responsable de pôle finira par admettre que sa demande est peu réaliste, et que, malgré les besoins du pôle, il n'obtiendra pas le renfort de personnel demandé. Il ne prend finalement aucune décision concernant l'ouverture de ces lits de surveillance continue. La réflexion reste en suspend. Il ne s'engage plus pour défendre plus loin les intérêts médicaux. Sa posture identitaire, bien qu'affichée ici, ne lui permet pas de prendre une décision cohérente avec ses souhaits. D'ailleurs, quelques mois plus tard, lors de plusieurs réunions, ce responsable de pôle modifie son raisonnement concernant les effectifs d'auxiliaires de puériculture manquant pour l'activité de nuit. Plutôt que de proposer un recrutement, il demande la mutualisation d'un personnel du jour sur la nuit. Il justifie cette décision d'organisation à effectifs constants par l'urgence de la situation, qui ne permet pas d'assurer la continuité des soins. Dans cette situation, il n'affiche pas sa posture identitaire.

« Excuse-moi. Je vais aller droit au but [...]. Actuellement, je crois qu'il y a deux auxiliaires de puériculture le matin, une auxiliaire de puériculture l'après-midi, et 0 auxiliaires de puériculture prévue la nuit, en surveillance continue. Je vous avoue que c'est une surprise pour moi. Je pensais que l'auxiliaire de puériculture la nuit avait été prévue. Puisque ça n'a pas été prévu initialement, il nous faut mener un réajustement, et si nous voulons qu'il y ait une auxiliaire de puériculture la nuit, « mutualiser » un de surveillance continue. Je ne vois pas comment on peut faire autrement. Et de passer à une auxiliaire de puériculture le matin, une l'après-midi, et une la nuit mutualisée. »

Le raisonnement du responsable du pôle Couple-Enfant concernant l'ouverture puis le maintien des lits de surveillance continue est donc évolutif. D'abord motivé par une organisation idéale de l'unité, il se focalise finalement sur l'optimisation des ressources pour son fonctionnement à minima. Ne se référant pas directement à des impératifs financiers, il utilise un raisonnement gestionnaire sans pour autant modifier sa posture identitaire à l'égard de son rôle. Il préfère l'occulter pour assurer une certaine cohérence.

La gestion des mensualités de remplacement du pôle : une réflexion médico-économique rejetée puis acceptée

Le pôle Couple-Enfant a été confronté à des difficultés de fonctionnement au niveau de la clinique universitaire de pédiatrie en 2008. Suite à une augmentation des consultations en fin d'année, le personnel soignant s'est retrouvé insuffisant. Comme évoqué en entretien, le responsable de pôle avait alors « bataillé » pour obtenir des effectifs supplémentaires. L'année suivante, en réunion, le problème est abordé de nouveau par le responsable de pôle suite à l'annonce du directeur référent de la diminution des mensualités de remplacement du pôle. Le responsable de pôle, surpris, ne comprend pas cette décision. Pour lui, les difficultés rencontrées l'année précédente sont la preuve qu'il est nécessaire, au contraire, d'augmenter ces mensualités de remplacement. La réflexion qu'il propose est uniquement médicale.

« Là où je comprends pas c'est que l'année dernière nous avons fini avec 70 mensualités de dépassement, alors même que les conditions de déroulement n'ont pas été satisfaisantes, loin s'en faut, pour les mois de novembre, décembre et janvier ; et là on va partir avec un taux de mensualité inférieur en 2009 ?! [ton de l'étonnement] »

Le directeur référent explique cependant que ces diminutions de mensualités sont le fait de disparitions de certaines activités du pôle. Il énonce alors le principe de lien entre effectifs et activité suggéré par la T2A. Malgré ces explications, le responsable de pôle s'oppose à cette réflexion. Selon lui, la logique prescrite par la T2A n'est pas appliquée : en dépit de l'activité très importante générée l'année précédente, aucune ressource supplémentaire n'a été accordée au pôle. Il n'y a donc aucune raison, selon lui, à respecter cette logique. Le responsable de pôle ne néglige donc pas la réflexion médico-économique ici, mais la remet en question, puis la rejette.

« Entre 2006 et 2007, la clinique universitaire de pédiatrie avait fait plus de 1,2 million de valorisation et elle a eu peanuts ! Je vais dire, normalement, si nous étions tenus à la philosophie telle qu'elle nous avait été exprimée des contractualisations, normalement, nous devrions nous engager sur des activités prévisionnelles et définir nos tableaux des emplois en fonction des activités prévisionnelles [insiste sur « prévisionnelles »]. C'est ça la philosophie toujours inscrite dans la nouvelle gouvernance des pôles. Jusqu'à présent, je vous avoue que je ne l'ai pas vue fonctionner. »

La discussion est réouverte en réunion quelques mois plus tard, à l'occasion de la prochaine négociation du contrat de pôle 2009. Estimant que le taux de remplacement, déterminé au moment de la création des pôles d'activité en 2007, n'est pas adapté aux contraintes d'absentéisme du personnel soignant, le responsable de pôle suggère de le contester dans le contrat de pôle. Selon lui, ce taux a été attribué de manière arbitraire par l'ex-directrice générale adjointe de l'établissement. Là aussi, le responsable de pôle se concentre sur l'aspect médical du problème, sans envisager des possibilités alternatives d'organisation.

« Il y a quand même un point qui me [gène]. Justement, comme on a tous les contrats de pôle, ce qui m'avait frappé dans le contrat de pôle 2008, parce qu'on l'avait mis en gros, c'était notre taux de remplacement qui n'était que de 3,9% alors que notre taux d'absentéisme était un peu inférieur à 10%. C'était choquant... pour un pôle qui est aussi dépendant des personnels soignants pour son fonctionnement. Est-ce qu'il faut pas de nouveau signaler cette difficulté structurelle devant laquelle on est placé ? [...] Est-ce qu'à cette occasion-là, il ne faut pas demander une augmentation du nombre de mensualités correspondant ? »

Le directeur référent intervient pour préciser que ce taux n'est pas modifiable mais que des ajustements sont envisageables à partir de l'organisation des personnels du pôle : pour permettre des remplacements plus nombreux, il faut diminuer le nombre fixe de soignants attribués au pôle. Peu favorable à cette possibilité, le responsable du pôle choisit de ne pas donner suite immédiatement à cette discussion. Quelques mois plus tard, celui-ci aborde le sujet des remplacements lors d'une nouvelle réunion. Cette fois-ci, son raisonnement diffère. Plutôt que d'envisager le recrutement comme une solution pour pallier ce problème, il propose la création d'un pool interne de personnels soignants permettant de rendre l'organisation du pôle plus flexible. Il justifie le recours à cette solution médico-économique par l'imprévisibilité des situations problématiques d'absentéisme, sans faire directement référence aux contraintes financières du pôle. Il n'affiche pas sa posture identitaire ici, et préfère la cacher.

« Il y a un petit point quand même que j'entends dans cette discussion et qui me pose problème [...]. C'est le fait que la dissociation entre le taux de remplacement de 3,9% et le taux d'absentéisme qui est de 10% au sein du pôle pose de réels problèmes de fonctionnement. A l'heure actuelle, nous n'avons pas pu mettre à l'ordre du jour du contrat de pôle la création d'un pool d'infirmières ou de puéricultrices interne. Il me semble que c'est une nécessité. Des puéricultrices qui accepteraient d'arriver le matin sans savoir où elles vont être affectées en fonction des besoins, des absences, etc. Mais, puisque ce projet n'est pas écrit, puisque ce projet n'est pas formalisé, c'est encore trop tôt pour le mettre en 2009. Je souhaiterais qu'il soit suffisamment mûr pour 2010. Donc, en note, prenez tous les travaux que nous avons à finaliser pour qu'il puisse apparaître de façon formelle dans le contrat 2010. C'est comme ça que ça fonctionne. Pas autrement. »

Le responsable du pôle Couple-Enfant, dans un premier temps opposé à une réflexion médico-économique concernant les modalités de remplacement du personnel, choisit donc finalement de l'accepter. Toutefois, ne faisant aucune référence aux avantages financiers liés à ce type de raisonnement, il se protège de toute assimilation à un acteur gestionnaire. Il préfère également minimiser sa posture identitaire qui serait incohérente avec la réflexion qu'il adopte. Ce comportement lui permet donc à la fois de se conformer aux règles du jeu de l'établissement, sans affecter sa posture identitaire de base.

Le responsable du pôle Couple-Enfant en endossement de la réflexion médico-économique : un travail d'évolution identitaire

Le recensement des prévisions d'activités et l'argumentation des variations d'activité : une réflexion médico-économique endossée et expliquée

A l'occasion d'une réunion de préparation au contrat de pôle 2009, le responsable de pôle met en avant un oubli de la part des responsables de clinique du pôle concernant leurs prévisions d'activité. En effet, le contrat de pôle devant inclure des objectifs d'activité, le responsable de pôle est censé réunir l'ensemble des prévisions d'activité auprès de ses équipes afin de construire ces objectifs. S'appropriant la réflexion médico-économique, il explique aux personnes présentes ce qu'il attend précisément dans ces prévisions d'activité. Il justifie sa demande par l'argument de « bataille » propre à sa posture identitaire : il veut « défendre » les demandes médicales face à la direction.

« Alors, moi, je n'ai pas reçu les prévisions d'activité 2009. Et j'en ai besoin pour faire les demandes de praticiens et de personnel correspondant [...]. Donc, s'il vous plaît, dans le document établi par chaque clinique universitaire, je voudrais que figure l'activité prévisionnelle, la structure des lits qui accueillent ces enfants, et les personnels supplémentaires nécessaires par rapport à ce qui existe pour que cette activité puisse être menée. Parce que c'est de ça dont j'ai besoin pour défendre le paquet devant le directeur général et l'administration. [Expliquant la démarche aux participants] J'ai besoin de savoir s'il y a 40 lits d'hospitalisation pédiatrique polyvalente qui correspondent à 536 € de valorisation journalière, qu'il y a 8 lits de surveillance continue qui correspondent à 782 € de valorisation journalière, qu'il y a 6 lits de réanimation infantile qui correspondent à 1 200 € de valorisation... Parce que c'est le bout de gras ! On annonce ce qu'on va faire ! 500 000 € de plus : ces 500 000 € permettent de valoriser le poste de praticien hospitalier ou la transformation du praticien hospitalier contractuel... »

Devant l'attitude dubitative des participants, le responsable de pôle décide d'adopter un comportement davantage orienté autour des problématiques médicales des équipes. Selon lui, le raisonnement médico-économique qu'il leur demande d'adopter à leur tour n'est pas un raisonnement non-médical. Au contraire, il perçoit cette logique comme un instrument pour l'obtention des demandes médicales. Il justifie de nouveau sa demande auprès des équipes, mais cette fois-ci en faisant référence à la signification humaine des chiffres qu'il utilise dans sa réflexion. Il prend l'exemple de deux personnels, recrutés temporairement, et dont le maintien à long terme dans les unités est conditionné par la réalisation d'une démonstration chiffrée. Son argumentation illustre clairement l'extension identitaire qu'il effectue : pour pouvoir continuer de se battre contre la direction et défendre les ressources médicales, il a besoin d'intégrer l'économique dans son mode de pensée.

« De la même façon il y a la valorisation de Youssef ; si vous voulez que Youssef soit nommé cette année, moi j'ai besoin des chiffres ! J'y pense à ces gens qui sont derrière ces chiffres. Ces chiffres ne sont pas en l'air et des trucs sans substance. Moi, derrière, je vois les gens que je vais pouvoir pousser et dont on a besoin pour le pôle Couple-Enfant ! C'est évident ! Je suis épouventé que l'HA pédiatrique n'y ait pas pensé. Si Mme X commence pas cette année, on la nomme pas en 2010. Parce qu'on n'aura pas fait la démonstration médico-économique. Et elle va aller dans le privé, [alors qu'elle] avait une valence hospitalière et nous on l'aura perdue. Donc svp pour le contrat de pôle, j'ai besoin de tout ça parce que je vais être tarabusté par le directeur général pour cette présentation. »

Quelques mois plus tard, face à un manque de personnel en chirurgie pédiatrique, le pôle se retrouve en difficulté pour maintenir son activité. En effet, le CHU étant entré dans un plan de retour à l'équilibre financier, le directeur général a interdit le recours à l'intérim pour les remplacements, causant ainsi l'impossibilité pour la chirurgie pédiatrique de pallier les manques de personnels soignants. Dans cette situation, le responsable de pôle explique avoir interrogé le médecin en charge de l'unité concernée pour estimer les pertes d'activité consécutives au non-remplacement du personnel manquant. Or, ce médecin a refusé de lui donner une réponse chiffrée précise, entant tout de suite dans une posture de contestation. Le responsable de pôle s'exprime lors d'une réunion au sujet de cette situation, expliquant qu'il ne comprend pas ce type de posture, étant donné les contraintes financières actuelles. Selon lui, les médecins et soignants du pôle doivent apprendre, comme lui l'a fait, à exposer leurs difficultés en les présentant sous un angle médico-économique. Il justifie sa demande en insistant sur l'aspect instrumental de cette réflexion : la démonstration des gains ou pertes financières sert à étayer un problème médical. Là encore, l'extension identitaire permet d'adopter en cohérence une réflexion gestionnaire.

« [Enervé] Ce que veut [le directeur référent], ce que veut le directeur général, c'est une compréhension de ce qu'il perd en fermant 2 lits aux soins protégés du B2. [...] Et je voudrais qu'on apprenne à répondre aux questions posées ! Et je voudrais qu'A. [le médecin concerné] me dise « ben oui, nous allons devoir récuser la prise en charge de 2 allogreffes que nous transférerons à l'institut Gustave Roussy à Paris, à l'institut d'onco-hématologie pédiatrique de Lyon, ou à Marseille. Défaut de valorisation moyen d'une greffe : 300 000 €. Défaut de valorisation pour ces 2 malades que nous ne prendrons pas : 600 000 € ». Et il faut bien comprendre que ceci peut lui donner des arguments pour décider de revenir sur une décision générale qui est de ne pas prendre 50 000 € supplémentaires d'intérim. [Excédé] Ça fait des mois qu'on demande ça, qu'on demande que les gens essayent de faire un petit pas vers l'autre et nous donne des arguments pour les défendre. Alors ils vont direct au casse-pipe, aveuglément, par le fait qu'ils ont des boules quiès vissées en permanence dans les oreilles. Et on n'arrive pas à leur retirer les boules quiès et on n'arrive pas à leur retirer les œillères ! Je n'y peux rien ! [...] Moi je veux des arguments pour infléchir cette dynamique. »

Le comportement du responsable du pôle Couple-Enfant face à ces questions d'activité montre qu'il a bel et bien adopté un mécanisme de raisonnement médico-économique, qu'il souhaite transmettre à ses équipes. Ses arguments pour justifier ce type de raisonnement demeurent axés autour de la défense des objectifs médicaux, auxquels il ajoute des matériaux économiques. Ainsi, il ne fait qu'aménager à la marge sa posture identitaire pour continuer avec cohérence son combat avec la direction.

La création d'une UF de chirurgie orthopédique et l'ouverture d'urgences chirurgicales : une réflexion médico-économique endossée

Suite au recrutement d'un nouveau chirurgien au sein du pôle Couple-Enfant, la possibilité a été envisagée de créer une UF de chirurgie orthopédique, discipline dans laquelle est spécialisé ce médecin. Cette création d'UF est envisagée par le responsable de pôle comme une liberté donnée aux médecins dans la structuration de leurs activités : ils n'ont à attendre aucune autorisation de la part de la direction pour s'organiser comme ils le souhaitent. Il précise cependant que cette liberté doit se faire à moyens constants, à partir du personnel et des autres ressources à disposition. Le responsable de pôle, au-delà du fait de réaliser seul une réflexion médico-économique, propose ici aux autres personnels de suivre ce type de raisonnement pour structurer leurs projets. Il n'est donc pas seulement en accord avec la réflexion médico-économique, il en est le porteur.

« Dans le cadre de la nouvelle gouvernance, il faut savoir qu'il peut y avoir une autre tactique. C'est-à-dire une tactique où on élabore un projet avec des perspectives raisonnées, raisonnables. Je pense à la chirurgie pédiatrique et en particulier à l'arrivée du nouveau professeur des universités – praticien hospitalier en orthopédie pédiatrique. Il avait, sur un territoire de santé plus petit [que le notre], une activité d'orthopédie pédiatrique deux fois supérieure à celle qui existe actuellement [ici]. Je pense que dans les mois qui viennent, il va pouvoir faire un projet, qui est d'annoncer telle activité, sans attendre la réalisation complète des moyens pour le mettre en œuvre. C'est quelque chose qu'on n'a pas encore beaucoup vu se mettre en place jusqu'à présent, mais c'est une tactique qui était inscrite dans les textes de la nouvelle gouvernance hospitalière. Donc, on essaiera, quand il s'agit de développer de nouvelles activités, je crois que c'est aussi intéressant de développer cette hypothèse. »

Quelques semaines plus tard, à l'occasion d'une autre réunion, le responsable de pôle met de nouveau en avant ce projet de création d'UF comme un objectif pour les prochains mois. Gardant une perspective médico-économique, il l'envisage cette fois-ci sous l'angle du gain d'activité et de la reconnaissance symbolique d'une nouvelle spécialité du CHU. Le responsable de pôle est donc bien dans une réflexion médico-économique, qu'il justifie par le souci des intérêts médicaux.

« A l'occasion de l'ouverture de l'HCE 2ème tranche, se pose la question de la recherche de financements. Pour moi, une solution possible serait la création d'une unité fonctionnelle d'orthopédie pédiatrique. [...] Je voudrais dire pourquoi je suis favorable à la création de cette UF d'orthopédie pédiatrique. D'un point de vue symbolique, parce que ça c'est une chose qui est quand même importante. Je pense qu'il faut symboliquement acter l'arrivée d'un hospitalo universitaire d'orthopédie pédiatrique, dévolu spécifiquement à cette activité, et c'est très important. Deuxièmement, vous savez comme moi qu'il y a une crise de l'hospitalisation chirurgicale pédiatrique dont la résolution passe par l'augmentation des ressources dévolues à l'ensemble de cette hospitalisation chirurgicale, de façon à ce qu'on puisse avoir une équipe soignante suffisamment étoffée pour rouvrir 24h/24, 365 par an, les 23 lits de cette unité et les 25 lits à l'horizon de la 2ème tranche du Couple-Enfant [...]. Je trouve que ça ajoute de la lisibilité et moi j'y suis très favorable. [...] En plus, on est tous à chercher des moyens [...]. Et la structuration de l'orthopédie pédiatrique est une des pistes pour trouver des moyens complémentaires. »

Aussi, dans le cadre du développement de l'activité chirurgicale, le responsable de pôle envisage l'ouverture d'urgences chirurgicales. Comme pour la création de l'UF de chirurgie orthopédique, il envisage le projet à partir d'un raisonnement médico-économique : il propose de réfléchir à l'organisation interne plutôt qu'aux recrutements de personnels. Cette réflexion est cependant rattachée à l'objectif premier de cette démarche : le soin aux patients. Encore une fois, le responsable du pôle étend sa posture identitaire médicale pour y intégrer la gestion comme instrument. Il montre de cette façon que son attention est portée sur la dimension médicale du rôle, la réflexion médico-économique n'étant qu'un instrument acceptable pour y parvenir.

« Là, on a aucune marge de manœuvre. L'équipe existante de chirurgie pédiatrique est au taquet, au niveau médical, chirurgical, et au niveau des équipes soignantes non médicales. Donc là on va être obligés de faire des projets raisonnés, avec des demandes de moyens et des montages médico-économiques pour faire apparaître progressivement les moyens nécessaires au développement des activités. Malheureusement, on n'a pas un effet de masse suffisant pour aller prendre des moyens là où il n'y en a pas. A travers des exemples, je

voulais vous montrer des façons qu'il y a d'opérer pour faire face aux besoins de prise en charge des enfants et des patients qui nous sont confiés. »

Les raisonnements adoptés par le responsable du pôle Couple-Enfant concernant les projets de la clinique universitaire de chirurgie pédiatrique indiquent que celui-ci comprend et soutient les questionnements économiques vis-à-vis des ces projets. Toutefois, là encore, il ne considère pas ces modes de raisonnement comme une fin en soi, mais les utilisent de sorte à adapter sa posture identitaire dans l'action : il ne se reconnaît pas dans une pensée uniquement gestionnaire, mais l'emploie tout de même afin de permettre la réussite des projets médicaux.

L'achat de mobiliers et de fournitures informatiques pour le pôle : une réflexion médico-économique endossée et imposée

Au-delà des mensualités de remplacement de personnel, la délégation de gestion incluse dans le système de contractualisation du CHU concerne également le budget de fournitures administratives (matériel informatique, fournitures de bureau, mobilier...). Le responsable du pôle Couple-Enfant affiche, au cours des réunions, un intérêt particulier pour l'économie sur ces frais de matériels. Cet intérêt prend, dans un premier temps, la forme d'une simple remarque à destination des représentants médicaux et soignants du pôle. Il n'impose aucune restriction, et ne s'implique pas personnellement dans cette problématique.

« Il y a un autre travail [...], celui des dépenses de bureautique, qui sont extraordinaires... De telles dépenses, qui peuvent probablement être optimisées... Quand on compte les cartouches... Une cartouche, quand vous achetez pour vous, ça coûte 70€, hein ! Et ici, moi je les vois défiler, pfiou, pfiou, pfiou... »

En revanche, quelques mois plus tard, ce responsable de pôle montre une inquiétude plus forte concernant ces dépenses de matériels. Son inquiétude se porte plus précisément sur le changement de bureau d'un médecin, qui nécessite la mise à disposition de meubles. Sur ce sujet, le responsable de pôle adopte un raisonnement médico-économique en refusant que des investissements soient faits pour acquérir de nouveaux matériels. Justifiant son positionnement par le déménagement prochain de l'ensemble du pôle au sein du nouveau bâtiment (HCE), et donc la dimension provisoire de cet aménagement, il tente de convaincre ses interlocuteurs de l'incohérence de ces investissements.

« Non, mais, simplement, on est dans une période intermédiaire qui va durer 14 mois. J'ai pas envie qu'on engage des frais de matériel hôtelier pour 14 mois... C'est tout. Même si ce n'est que 3 000 €. 3 000 € c'est 3 000 € ! Donc il faudrait trouver une solution intermédiaire pour lui trouver des meubles au 13ème en attendant l'installation définitive. »

Cette problématique l'amène d'ailleurs à rappeler les règles concernant ce type d'investissement. Il indique clairement, dans son argumentaire, que les priorités sont données aux matériels servant l'activité médicale. La réflexion médico-économique doit porter, selon lui, avant tout sur les autres types de matériels, à savoir ceux ne contribuant pas directement à cette activité médicale. Là aussi, le responsable de pôle affiche un certain engagement personnel dans sa réflexion et dans la décision qu'il prend. Clairement, il ne fait pas qu'argumenter en faveur de cette réflexion médico-économique, il l'impose au personnel du pôle.

« J'avais dit, pour la consultation, il faut une toile assise, deux scoliomètres et un appareil photo. Et j'avais dit, ça, clair, on met en vert : toile assise, scoliomètres, et appareil photo.

Par contre, pour tout ce qui est de l'activité médicale, il est clair qu'on ne peut vous donner qu'en vert. Pour tout ce qui est niveau matériel informatique, j'avais rappelé ma réponse, elle doit être claire, c'est que : il y a d'une part ce qui est délivré par la DSIO qui fait partie des marchés, des offres communes ; pour toute demande exceptionnelle, type imprimante laser couleur et fax, là je pense qui faut falloir faire jouer des financements propres, à partir du moment où on sort d'exigences de marchés intérieurs. Donc ça, ça avait été ma réponse. Et puis, j'avais répondu, et c'est pour ça que ça m'énerve de devoir y revenir : ensuite, pour les fauteuils de bureau, on va puiser dans les réserves en attendant ! »

Le responsable du pôle Couple-Enfant adopte donc un raisonnement médico-économique concernant la question des dépenses de matériels bureautiques, raisonnement qu'il tente d'imposer à ses équipes. Cela ne signifie cependant pas que sa posture identitaire de « responsable médical » évolue. En effet, son argumentaire distinguant les matériels médicaux des autres types de matériels, auxquels ils donnent des règles moins contraignantes financièrement, lui permet d'afficher une préoccupation plus forte pour la dimension médicale de son rôle. Il maintient donc sa posture identitaire.

La sensibilisation aux difficultés financières de l'établissement : une réflexion médico-économique appropriée et communiquée

A plusieurs reprises au cours des réunions, nous avons pu observer le responsable du pôle Couple-Enfant tenter de sensibiliser les médecins et soignants présents aux difficultés financières du CHU. Cette sensibilisation est toujours accompagnée d'arguments médicaux. Par exemple, lors de la préparation du contrat de pôle 2009, le responsable de pôle intervient pour calmer une discussion tendue entre un responsable de clinique universitaire et le directeur référent. Dans son intervention, il dresse un parallèle entre les responsabilités médicales et légales des médecins vis-à-vis de leur profession (le code de déontologie) et leurs responsabilités dans l'utilisation des moyens à l'égard de l'établissement. Selon lui, ces deux responsabilités vont de pair.

« Tu l'as bien rappelé, notre responsabilité première, elle est de bien soigner, en répondant aux exigences de moyens qui sont toujours les mêmes, qui sont celles qui sont attachées à notre code de déontologie auquel nous avons légalement souscrit auprès du conseil de l'ordre pour pouvoir exercer. Et il n'est pas question d'y déroger. Avec aussi la responsabilité dans l'usage réfléchi, raisonné, des moyens qui nous sont donnés. Et c'est une dimension réelle du problème. Nous ne sommes pas dans une manne inépuisable. Je rappelle à la fois ce souci de bien soigner et le souci de le faire dans des conditions raisonnées. »

De la même manière, quelques mois plus tard, suite à l'annonce de l'entrée du CHU dans un plan de retour à l'équilibre, le responsable de pôle réintroduit cette dualité des responsabilités lors d'une réunion plénière, venant directement soutenir le directeur référent.

« Il faut réfléchir étape après étape à l'optimisation de nos moyens, tout en respectant la charge de travail et notre responsabilité qui est de donner des soins corrects aux patients, aux enfants, et aux patientes. »

Son action de sensibilisation va même plus loin, puisque, à son initiative, le responsable de pôle convie à cette même réunion des membres des services de contrôle de gestion et du système d'information afin de présenter aux participants les règles théoriques de comptabilisation des actes. Pour lui, il est important, dans le cadre du retour à l'équilibre et de la préparation du prochain contrat de pôle, de préciser ces règles afin que médecins, soignants, et administratifs, puissent se comprendre dans leurs discussions. Il explique

notamment que le directeur de l'ARS est lui aussi préoccupé par la situation des équipes médicales et soignantes, mais qu'il faut, en contrepartie adopter ces règles de réflexion afin de pouvoir défendre plus facilement leurs activités.

« Il y a un projet de pôle à écrire. Il y a des règles. Ces règles, ce n'est pas nous qui les définissons. C'est important de les connaître. C'est important de les connaître pour pas prêter le flanc à des interprétations inadéquates de nos activités. Il est aussi de notre responsabilité de veiller à ce qu'il n'y ait pas d'interprétation inadéquate de la façon dont on travaille. Et donc c'est pour ça que j'ai demandé à ce qu'on ait cette présentation puisque le directeur de l'ARS me l'a bien dit lorsqu'il est passé me voir à l'hôpital Couple-Enfant il y a un mois, [que] ce à quoi il serait [insiste sur le « très »] très attentif, c'est justement aux GHM cibles [...]. Et on aura beau, a posteriori, se défendre en disant « mais non, mais non, mais non... », les chiffres sont là, donc à nous d'en discuter, de clairement affecter, de clairement définir nos unités médicales, nos unités fonctionnelles. Et je vous remercie donc de cette présentation qui, je l'espère, nous permettra d'avoir les idées claires pour réfléchir, non seulement du point de vue des organisations médicales – bien entendu, elles sont premières – mais aussi du point de vue des règles dans lesquelles on est en train d'opérer. »

Le responsable de pôle explique également la nécessité d'utiliser ces règles de raisonnement par l'invocation des responsabilités et obligations individuelles des participants. En tant que responsables médicaux et soignants, et en tant que citoyens, leur devoir est d'utiliser un langage commun avec la direction afin de pouvoir communiquer avec l'administration.

« Il est demandé – et je suis en accord – à l'établissement de fabriquer des indicateurs d'activité, de coût d'activité, et c'est à cette sauce-là que nous sommes évalués, analysés, et que toutes ces données aboutissent à l'établissement de comptes de résultat analytiques [...]. On va pas devenir à la fin de cette séance des experts dans le domaine, mais j'espère qu'on aura un petit peu progressé, et que, au fur et à mesure, d'années en années, on nous aura dit « votre GHM cible est à 300% du coût annuel et ça va être délétère pour votre évaluation » ou au contraire « il est à 50% mais ça reflète probablement pas la réalité et il y a d'autres choses qui doivent se passer... ». Voilà. C'est un langage sur lequel nous sommes obligés... On est des citoyens dans un Etat. On a à apprendre les règles, on a accepté des responsabilités de fonctionnement. Autant progresser un peu dans la compréhension. C'est tout ! »

A travers son comportement de sensibilisation, le responsable du pôle Couple-Enfant va plus loin que l'adoption d'une réflexion médico-économique. Il en devient l'instigateur auprès du personnel de pôle. L'affichage d'une préoccupation dominante pour la dimension médicale de son rôle, à savoir la défense des impératifs médicaux, et d'une perception instrumentale des raisonnements gestionnaires à adopter pour y parvenir, lui permet d'étendre son identité pour assurer en cohérence son comportement de gestion.

La responsable du pôle Anesthésie-Réanimation face à la réflexion médico-économique : une défense identitaire limitant l'évolution

La responsable du pôle Anesthésie-Réanimation en arbitrage de la réflexion médico-économique : un travail d'évolution identitaire

L'analyse de l'activité du pôle : une réflexion médico-économique totalement endossée

Bien qu'observable de manière peu fréquente également au cours des réunions, la responsable du pôle Anesthésie-Réanimation endosse parfois totalement le raisonnement médico-économique, allant jusqu'à le promouvoir auprès de ses équipes. C'est le cas lors de l'analyse de l'activité du pôle. Peu après avoir abordé le bilan d'activité au cours du conseil de pôle, la responsable attire l'attention des médecins du pôle concernant la valorisation de leur activité de publication scientifique. En effet, chaque publication participant à l'obtention de budgets pour l'établissement, et donc le pôle, elle sensibilise les médecins aux règles de comptabilisation de cette activité. A l'inverse de la situation précédente, la responsable de pôle choisit ici de ne sélectionner que son identification forte aux enjeux gestionnaires pour soutenir son raisonnement. Elle le caractérise aussi par son engagement dans sa réflexion (« je voulais insister » ; « il faut absolument » ; « très, très important »). Bien que n'étant pas soumise au nouveau mode de tarification, cette démarche montre que la responsable de pôle endosse bien une réflexion médico-économique.

« La seule chose, le point sur lequel je voulais insister, c'est les MERRI et les MIGAC, et les publications dans le CIGAC. Donc, dès que vous avez une publication, les médecins, il faut absolument aller sur CIGAC, je vous l'ai déjà dit à plusieurs reprises et François Payen vous a fait un rappel, car le CHU va obtenir du budget en fonction du nombre de publications. Je vous rappelle qu'il ne faut pas que, parce qu'il y en a un sur la publication qui a rempli, que le travail est fait. C'est chacun. Si on est en avant dernière position, au milieu, il faut, chacun, remplir, et c'est en fonction de ça, il y a des critères, qu'on peut avoir des budgets au niveau du CHU. Donc très très important. »

Quelques mois plus tard, abordant en directoire de pôle, avec le directeur référent et la cadre administrative, la question des prévisions d'activité clinique pour l'année suivante, la responsable de pôle adopte également un raisonnement médico-économique. Non seulement elle analyse et porte un regard critique sur les données qui lui ont été transmises par les responsables de clinique, mais elle préconise aussi certaines méthodes auprès de ces responsables. Là encore, elle n'active que son identification forte aux enjeux gestionnaire, occultant sa désidentification à l'égard de la direction (« il faut ! »).

« Alors j'ai les résultats sur les prévisions d'activité. Donc X, il dit, par rapport à l'activité [...], en gros, il pense 690 alors qu'on était à 686. Donc il dit que c'est stable. Donc il dit 690, 4 800 journées. Alors qu'on était à 4 900 [...]. Mais je lui ai dit, « il faut faire des écarts types ! Il faut faire des médianes ! ». C'est sûr que les gros chiffres ça flatte. »

Concernant cette question de l'activité du pôle, bien que relativement peu abordée lors des réunions, la responsable du pôle Anesthésie-Réanimation se montre en phase avec la réflexion médico-économique attendue par la direction. Elle adopte et endosse aisément ce comportement en adaptant son identité : elle met de côté la partie de sa posture identitaire incohérente avec son raisonnement – la désidentification à son appartenance à la direction ; au

contraire, elle ne sélectionne que la dimension qui lui permet de rester en cohérence – l'identification à la gestion médico-économique.

La responsable du pôle Anesthésie-Réanimation en inachèvement de la réflexion médico-économique : un travail de défense identitaire

Le projet de Nouveau Plateau Technique (NPT) : une réflexion médico-économique inachevée

Le projet de NPT est un projet transversal entre les activités chirurgicales, de réanimation, et médico-techniques. Il vise à regrouper un même lieu différents équipements (blocs opératoires, matériels de radiographie...) permettant la prise en charge de traumatismes lourds. Ce projet a, comme d'autres projets de ce pôle, été reporté à plusieurs reprises. Lors de notre étude, il a été soumis à l'évaluation des nouvelles instances du programme Hôpital 2012. Lors d'une première réunion, le groupe de projet concerné réagit face à la décision de ces instances : la mise en attente du projet. Chef de projet adjoint, la responsable du pôle Anesthésie-Réanimation explique les raisons de ce refus, à savoir l'insuffisante argumentation économique du projet. En accord avec ce constat, elle met en avant sa posture d'identification au rôle en montrant son engagement dans la réflexion médico-économique (« moi j'ai posé quelques questions » ; « moi je demandais » ; « je pensais »). Elle justifie de ce fait son comportement proactif dans la gestion de ce projet.

« En fait il y avait pas de discussion sur l'intérêt de ce projet, mais surtout une discussion uniquement économique, et liée à la situation budgétaire de l'établissement. Alors, après, la discussion, moi j'ai posé quelques questions sur ce que j'avais envie de dire : quelles étaient les pistes ? On n'a pas eu beaucoup de réponses par rapport aux pistes. Moi je demandais justement la méthodologie qu'il fallait suivre. Je pensais que la méthodologie, même si c'était une méthodologie uniquement budgétaire, le comité de pilotage pouvait compléter. »

Au fil de cette réunion, les différents participants donnent leur point de vue, la plupart pour critiquer la primauté des arguments économiques sur les arguments médicaux. La responsable de pôle, nuance alors son raisonnement médico-économique initial, s'affichant alors en tant que « médecin ». Elle utilise cette posture identitaire pour se distinguer de la direction, et notamment du directeur référent, présent à cette réunion. Selon elle, des mesures sont à prendre, mais pas à tout prix. Pour rendre cohérent ce raisonnement, elle associe notamment, par sous-entendu, la direction au « diable ».

« Vous avez vu, je suis tout à fait sur la même longueur d'onde que tout le monde, hein. Moi je suis médecin aussi. Mais j'ai très envie de le voir ce NPT aussi. Je sais pas quelle est la meilleure stratégie à mettre en œuvre pour ça. Je n'aimerais pas trop vendre complètement mon âme au diable. C'est ça. Voilà. »

Quelques semaines plus tard, lors d'une réunion de direction du pôle (les membres du groupe de projet n'y assistent pas), elle montre de nouveau sa déception, considérant que le projet est définitivement annulé. N'affichant pas particulièrement sa posture identitaire, sa réaction laisse suggérer qu'elle préfère ne pas entrer dans une réflexion de gestion. Toutefois, le directeur référent insistant sur le fait que le projet est simplement dans l'attente d'un complément d'argumentation, la responsable de pôle reprend un raisonnement médico-économique, qui reste assez évasif.

« Mais, des recettes, je vous l'ai dit, on en rediscute dans 3 mois, pour le 5ème lit. Parce que, quand le patient vient de réa-neurochir et qu'il va là, ça rapporte rien. Donc il faut qu'on analyse ça de très près, les recettes. »

Pour ce projet, la responsable du pôle Anesthésie-Réanimation adopte donc, encore une fois, un raisonnement ambigu : à la fois elle réfléchit spontanément de manière médico-économique, mais elle s'autocensure en rejetant ce raisonnement. Ce comportement est toutefois cohérent avec sa posture identitaire initiale qu'elle affiche et renforce selon les circonstances : attachée à la gestion, mais ne se considérant pas comme membre de la direction, elle préfère se détacher des réflexions médico-économiques auxquelles elle est confrontée. En conséquence, elle ne prend ici aucune décision.

L'organisation des anesthésistes au sein de l'Hôpital Couple-Enfant (HCE) : une réflexion médico-économique partiellement acceptée

Dans le cadre de la construction de la 2ème tranche de l'HCE, est prévu le transfert de la clinique universitaire de chirurgie pédiatrique des anciens locaux vers les nouveaux. Dans cette optique, le personnel chirurgical concerné, ainsi que les anesthésistes consacrés à cette spécialité, vont devoir eux aussi être transférés dans le nouveau bâtiment. Ce projet de transfert est notamment travaillé par la responsable du pôle Anesthésie-Réanimation qui envisage spontanément l'aspect organisationnel de celui-ci. Elle indique notamment réfléchir à la coordination avec les chirurgiens concernant le nombre d'interventions et le taux d'occupation des salles opératoires. Dans son raisonnement, un travail de priorisation de la dimension médico-économique est clairement perceptible, se manifestant par un engagement personnel de sa part (« absolument », « important »).

« Moi j'ai dit [au responsable de la clinique universitaire de chirurgie pédiatrique] « il faut absolument que tu me fasses l'organisation maintenant et les vacances ». Donc il a demandé un peu à [sa cadre de santé] qui lui a donné une espèce de tableau pour faire des vacances opératoires. Je lui ai dit « maintenant, il faut que tu mettes tout le monde d'accord pour que ça rentre là-dedans. Puis en fonction de ça, nous on pourra dire ce qu'il faut comme médecins anesthésistes et comme IADE. Tant que vous avez pas fait ça, nous on est un peu dans le flou, quoi ». Bon il y a le nombre d'interventions, mais après c'est le taux d'occupation des salles aussi qui est important. »

Son esprit d'initiative sur ce sujet se révèle cependant limité par sa crainte de négocier avec les chirurgiens et anesthésistes concernés. En effet, bien que se montrant tout à fait engagée dans la démonstration chiffrée des besoins d'activité, elle renonce finalement à faire aboutir la réflexion auprès des équipes et à tenter de les convaincre de la pertinence du projet. Elle adopte donc un raisonnement médico-économique mais ne parvient pas à l'appliquer totalement. Elle se conforme au rôle de manière partielle, appuyée cette fois-ci par un travail de priorisation de la dimension d'appartenance à la direction. Sa posture d'identification conflictuelle se retrouve alors dans le vocabulaire qu'elle emploie (« difficultés », « difficile ») : elle s'engage personnellement dans son rôle pour la défense des problématiques médico-économiques, mais refuse de se présenter comme un membre de l'administration aux yeux du personnel, posture qu'elle n'accepte pas. Sa posture identitaire est donc renforcée, mais semble source de malaise pour elle.

« Je vais travailler avec [deux personnes] pour qu'on fasse tous les calculs par rapport à l'hôpital Couple-Enfant. C'est-à-dire le pourcentage dans les blocs Couple-Enfant, le pourcentage de pédiatrie par rapport à l'activité globale, rapporté au nombre de PH d'anesthésie et au nombre d'IADE. Donc on va essayer de faire ces calculs pour essayer de

voir qu'est-ce que ça donnerait comme chiffre. Bon, en sachant que, je vous redis, il y a des effets de seuil, et en sachant que si on annonce aux chirurgiens qu'on va leur prendre un médecin anesthésiste, etc., ça va être un tôle général. Moi je rencontre d'énormes difficultés avec les médecins anesthésistes en général, qui sont contre cet hôpital Couple-Enfant... [...]. C'est assez difficile, hein, en particulier en commission des gardes... Et qui trouvent que je n'ai pas suffisamment demandé de médecins anesthésistes. Pour eux, 7 médecins anesthésistes n'est pas suffisant. Donc j'en reçois plein la gueule... que mes calculs sont tous faux... [...]. Donc moi j'irai pas au casse-pipe pour demander aux chirurgiens de prendre un anesthésiste par ci, un anesthésiste par là. Je vous préviens. Je ferai le calcul. Après, je me garderai bien d'en parler tout de suite aux médecins anesthésistes – déjà qu'ils sont contre ce projet, ça va être un tôle. »

Cet exemple de projet organisationnel montre que la responsable du pôle Anesthésie-Réanimation peut, en cohérence avec sa posture identitaire, se retrouver dans raisonnements ambigus, où il lui est difficile de poursuivre une réflexion médico-économique complète. Malgré elle, le fil de la discussion l'amène à mettre successivement en avant, pour les renforcer, l'aspect auquel elle s'identifie fortement (la réflexion gestionnaire) puis la dimension à l'égard de laquelle elle se désidentifie (l'appartenance à la direction). La décision en résultant est donc bien cohérente avec son identité, mais inachevée : la démonstration chiffrée sera élaborée mais pas défendue auprès des personnels concernés.

Le responsable du pôle Psychiatrie-Neurologie face à la réflexion médico-économique : une défense identitaire ponctuée d'évolutions

Le responsable du pôle Psychiatrie-Neurologie en endossement de la réflexion médico-économique : un travail de défense identitaire

Comptabilisation de l'activité de neurologie : une réflexion médico-économique endossée

La clinique universitaire de neurologie, contrairement à celle de psychiatrie, est soumise au nouveau mode de tarification. La comptabilisation des actes effectués en son sein représente donc un enjeu de reconnaissance et de valorisation financière pour le pôle. Lors d'une réunion de pôle, un problème est soulevé à ce sujet : certaines activités de neurologie ne sont pas enregistrées dans le système d'information du CHU. Endossant là encore la réflexion médico-économique, le responsable du pôle Psychiatrie-Neurologie met alors en avant le besoin de comptabiliser ces activités, en invoquant la valorisation possible via le nouveau mode de tarification. Il envisage ce travail comme une procédure à suivre collectivement.

« Si j'ai remis ce point à l'ordre du jour aujourd'hui, c'est, d'une part, pour avoir plus de précision sur cette évaluation qui a été faite en neurologie, et, deuxièmement, qu'on puisse voir comment implémenter peut-être une façon de faire un petit plus documentée qui permette de mieux valoriser l'activité de liaison, qui souvent est un petit peu un puits sans fin. Côté neurologie, T2A bien sûr, mais avec des incidences côté psychiatrique qui peuvent être intéressantes. »

L'origine de ce problème est l'oubli, par certains personnels, de la comptabilisation de leurs actes. Le responsable de pôle propose donc de trouver une solution facilitant l'enregistrement de l'activité de neurologie. Dans cette démarche, il utilise ici l'argument de la reconnaissance institutionnelle de l'activité pour vaguement justifier sa demande. Il évoque également un « intérêt » à suivre la procédure, mais il ne définit pas précisément cet intérêt. Sa justification, relativement faible et axée sur la rationalité à respecter la règle, montre ici un renforcement de sa neutralité identitaire.

« Moi je pense que l'objectif c'est de trouver un moyen d'enregistrer cette activité, hein. Quelque part, ça fait partie du bilan d'activité. Le plus gros risque c'est que ce soit une activité superfétatoire, en quelque sorte, qui est faite un peu clandestinement, et puis un beau jour, si elle disparaît, personne ne verra grand chose à dire. Il y a un service rendu, mais il y a toujours intérêt quand même à vouloir dire « voilà, on a fait tant d'actes », logiquement c'est enregistré dans la base d'activité du CHU, etc. Plutôt que de dire « on a fait tant d'acte », mais vous les enregistrez nulle part... »

Pour convaincre les participants de l'utilité de cette comptabilisation, le responsable de pôle explique ensuite au personnel le processus de circulation de l'information d'activité au sein du CHU. Dans cette même optique, il prend aussi l'exemple de répercussion du non-enregistrement de l'activité du Centre Médico-Psychologique (CMP) sur la prise en considération de cette activité elle-même. Ses explications, où il s'engage personnellement peu, sont centrées sur le détail de la procédure.

« Dans certaines discussions, le niveau d'information qui est regardé, c'est ce qui sort du contrôle de gestion. Le contrôle de gestion il interroge les ordinateurs du CHU, et puis... C'est comme ça que pour la psychiatrie, par exemple, tout ce qui est activité de CMP, qui est une activité un petit peu particulière, parfois ça passe à la trappe. C'est comme si ça n'existait pas. »

La problématique de la comptabilisation de l'activité de neurologie est donc totalement envisagée par le responsable de pôle sous l'angle médico-économique. Il endosse ce raisonnement et le diffuse en expliquant sa nécessité de manière rationnelle : il faut prendre en compte l'aspect économique car c'est celui que l'administration utilise. En se détachant de nouveau de sa décision, il conserve et défend sa posture identitaire neutre, et rend ainsi son comportement médico-économique cohérent.

Comptabilisation de l'activité de neurologie : une réflexion médico-économique endossée

La clinique universitaire de neurologie, contrairement à celle de psychiatrie, est soumise à la T2A. La comptabilisation des actes effectués en son sein représente donc un enjeu de reconnaissance et de valorisation financière pour le pôle. Lors d'une réunion de pôle, un problème est soulevé à ce sujet : certaines activités de neurologie ne sont pas enregistrées dans le système d'information du CHU. Endossant là encore la réflexion médico-économique, le responsable du pôle Psychiatrie-Neurologie met alors en avant le besoin de comptabiliser ces activités, en invoquant la valorisation possible via la T2A. Il envisage ce travail comme une procédure à suivre collectivement.

« Si j'ai remis ce point à l'ordre du jour aujourd'hui, c'est, d'une part, pour avoir plus de précision sur cette évaluation qui a été faite en neurologie, et, deuxièmement, qu'on puisse voir comment implémenter peut-être une façon de faire un petit plus documentée qui permette de mieux valoriser l'activité de liaison, qui souvent est un petit peu un puits sans fin. Côté

neurologie, T2A bien sûr, mais avec des incidences côté psychiatrique qui peuvent être intéressantes. »

L'origine de ce problème est l'oubli, par certains personnels, de la comptabilisation de leurs actes. Le responsable de pôle propose donc de trouver une solution facilitant l'enregistrement de l'activité de neurologie. Dans cette démarche, il utilise ici l'argument de la reconnaissance institutionnelle de l'activité pour vaguement justifier sa demande. Il évoque également un « intérêt » à suivre la procédure, mais il ne définit pas précisément cet intérêt. Sa justification, relativement faible et axée sur la rationalité à respecter la règle, montre ici un renforcement de sa neutralité identitaire.

« Moi je pense que l'objectif c'est de trouver un moyen d'enregistrer cette activité, hein. Quelque part, ça fait partie du bilan d'activité. Le plus gros risque c'est que ce soit une activité superfétatoire, en quelque sorte, qui est faite un peu clandestinement, et puis un beau jour, si elle disparaît, personne ne verra grand chose à dire. Il y a un service rendu, mais il y a toujours intérêt quand même à vouloir dire « voilà, on a fait tant d'actes », logiquement c'est enregistré dans la base d'activité du CHU, etc. Plutôt que de dire « on a fait tant d'acte », mais vous les enregistrez nulle part... »

Pour convaincre les participants de l'utilité de cette comptabilisation, le responsable de pôle explique ensuite au personnel le processus de circulation de l'information d'activité au sein du CHU. Dans cette même optique, il prend aussi l'exemple de répercussion du non-enregistrement de l'activité du Centre Médico-Psychologique (CMP) sur la prise en considération de cette activité elle-même. Ses explications, où il s'engage personnellement peu, sont centrées sur le détail de la procédure.

« Dans certaines discussions, le niveau d'information qui est regardé, c'est ce qui sort du contrôle de gestion. Le contrôle de gestion il interroge les ordinateurs du CHU, et puis... C'est comme ça que pour la psychiatrie, par exemple, tout ce qui est activité de CMP, qui est une activité un petit peu particulière, parfois ça passe à la trappe. C'est comme si ça n'existait pas. »

La problématique de la comptabilisation de l'activité de neurologie est donc totalement envisagée par le responsable de pôle sous l'angle médico-économique. Il endosse ce raisonnement et le diffuse en expliquant sa nécessité de manière rationnelle : il faut prendre en compte l'aspect économique car c'est celui que l'administration utilise. En se détachant de nouveau de sa décision, il conserve et alimente sa posture identitaire neutre, et rend son comportement médico-économique cohérent.

L'organisation de l'unité de soins intensifs en neurologie : une réflexion médico-économique endossée

L'unité de soins intensifs mise en place par la clinique universitaire de neurologie pose problème au niveau organisationnel. Souhaitant augmenter leur activité, les médecins concernés souhaitent rouvrir des lits de soins intensifs pour passer de 4 lits à 15 lits. Soutenant la position de la direction, le responsable du pôle Psychiatrie-Neurologie indique que cette solution est impossible, car nécessitant l'investissement dans des ressources humaines supplémentaires. En revanche, il invoque le principe « d'efficacité de l'organisation » comme une règle qui lui a été expliquée, afin de proposer une augmentation réduite du nombre de lits. Pour lui, il est plus avantageux d'ouvrir jusqu'à 8 lits tout en conservant le même personnel, cela permettant une utilisation optimale des ressources. Son argumentation est ici aussi en lien

avec le respect des procédures et la « logique » rationnelle. Il renforce donc sa posture identitaire.

« Par rapport à ça, il y a un paramètre qui est compliqué, notamment si on regarde la question des dépassements de mensualités, c'est « l'efficacité de l'organisation ». Ça veut dire en clair que pour faire tourner 8 lits de soins intensifs, il faut autant de personnel que pour en faire tourner 6. Et donc, en termes d'organisation, ça serait plus logique de passer de 4 actuels qui occupent « x » personnels, à 8, qui est de monter d'un cran en organisation du personnel, plutôt que de s'arrêter à 6. »

Quelques mois plus tard, dans une autre réunion, la question de l'organisation des lits de soins intensifs est remise à l'ordre du jour. Elle ne concerne cependant plus la réouverture de lits supplémentaires (mesure non adoptée), mais la répartition des patients dans les différentes unités de la clinique. En effet, des difficultés sont rencontrées par le personnel pour hospitaliser certains patients. Spontanément, le responsable de pôle envisage une organisation financièrement favorable au pôle, car permettant de stabiliser son activité et de garantir un taux d'occupation satisfaisant : il privilégie l'accueil des patients en unité de soins intensifs, unité valorisée par la T2A, plutôt qu'en unité d'hospitalisation conventionnelle, ne donnant pas lieu à valorisation. Il adopte donc bien, de nouveau, une réflexion médico-économique, mais cette fois-ci, ne s'affiche pas personnellement dedans. Ses justifications mettent en avant à la fois la volonté de respecter les règles médicales concernant les capacités en termes d'hospitalisation (« ça permet »), et les règles administratives (« ça officialise »).

« Sans dépasser les 4 patients, en fait les patients seraient mis sur l'UF hospitalisation conventionnelle, donc il y a pas de valorisation. On pourrait les admettre sur l'UF soins intensifs, ce qui permettrait la valorisation de ces patients-là [...]. Parce que, du coup, quand vous avez 5 patients, 4 sur les lits de soins intensifs plus 1 sur un lit d'hospitalisation conventionnelle, ça permet quand même de les admettre sur 5 lits. La fermeture d'un lit ne modifiera pas la valorisation actuelle puisque que, de fait, on ne valorisait déjà pas les patients au-delà de 4. Et ça officialise, du côté de l'administration, le fait qu'on fonctionne avec 4 lits de soins intensifs plus 1 lit d'hospitalisation conventionnelle. »

Les problématiques d'organisation de l'unité de soins intensifs de neurologie sont elles aussi révélatrices du raisonnement médico-économique endossé par le responsable du pôle Psychiatrie-Neurologie. Son travail identitaire est plus ou moins fort pour justifier sa réflexion, mais consiste toujours en un renforcement de sa posture initiale.

Le responsable du pôle Psychiatrie-Neurologie en instigation de la réflexion médico-économique : un travail d'évolution identitaire

La détermination des objectifs d'activité du pôle : une réflexion médico-économique instiguée

La contractualisation du responsable de pôle avec la direction générale consiste, notamment, en la fixation d'objectifs d'activité pour le pôle. Lors d'une réunion, le responsable du pôle Psychiatrie-Neurologie, après avoir présenté le bilan d'activité du pôle, remet en question les modes de détermination de ces objectifs. Selon lui, les objectifs du pôle sont déterminés de façon approximative, à partir d'hypothèses d'évolution trop vagues. Remettant à plat ces objectifs, il instigue donc une réflexion médico-économique concernant leur modification. Là encore, il justifie cette initiative par la quête d'une plus grande rationalité dans le

fonctionnement des règles qu'il utilise. Son argumentation sur le sujet le place au premier plan : il prend position (« c'est mon sentiment personnel », c'est un avis personnel »).

« Je crois qu'il y a un autre problème aussi, c'est qu'on manque – c'est mon sentiment personnel [...] – c'est qu'on manque d'une méthodologie précise pour calculer les objectifs. Très clairement, les objectifs, ils sont mal fixés. C'est : qu'est-ce qu'on a fait l'année dernière ? Qu'est-ce qu'on a en prévision comme modification d'organisation ? Est-ce qu'on a plus de médecins ? Moins de médecins ? Etc. [...]. Au pifomètre, on se fixe des objectifs. Ca, c'est, je pense, hein, un gros point faible de l'établissement de ces contrats. Ca, c'est un avis personnel. Alors les objectifs on les a discutés en bureau de pôle [...], mais on voit que sur certains secteurs on a des écarts qui sont quand même étonnants. Et je pense que c'est en grande partie lié à une erreur dans la fixation des objectifs. Ca, vraiment pour le coup, c'est des choses qui seront un peu à affiner à l'avenir. »

Ici encore, au-delà du respect de la réflexion médico-économique, le responsable du pôle Psychiatrie-Neurologie prend part aux possibilités d'amélioration de cette réflexion. Il s'intègre dans la réflexion en oubliant sa neutralité à l'égard du rôle. Il justifie ce comportement par une adaptation de son identité, à laquelle il ajoute la recherche de rationalité dans les règles. De cette manière, sa posture identitaire demeure cohérente avec son comportement médico-économique avancé.

La comptabilisation des postes adaptés du pôle : une réflexion médico-économique initiée

Devenus inaptes à effectuer leur travail, certains personnels du pôle sont soit réaffectés à de nouveaux postes, soit voient leur poste initial s'adapter à leurs contraintes : on parle alors de postes adaptés. Etant donné le plan de retour à l'équilibre de l'établissement, il est demandé au pôle Psychiatrie-Neurologie de s'engager sur la suppression d'un certain nombre de mensualités. A l'occasion d'une réunion, le responsable de pôle remet alors en question les règles de comptabilisation de ces postes adaptés, considérant que certains ne correspondent pas aux besoins de l'activité du pôle. En effet, selon lui, étant donné l'optimisation des ressources favorisée par le système de T2A, la non-comptabilisation de certains postes adaptés permettrait au pôle de ne pas supprimer d'autres emplois jugés plus importants pour son fonctionnement. Ce questionnement est le reflet de l'initiation d'une réflexion médico-économique de la part du responsable de pôle. L'argumentation de ce raisonnement se base là encore sur le manque de rationalité des règles utilisées (« c'est une incohérence d'organisation dramatique ! »). Son énervement à ce sujet révèle un engagement personnel.

« Quand même, une petite information, ou du moins une petite source de réflexion, sur le fait que dans la préparation du contrat de pôle, on a un objectif impératif de contribution au plan de retour à l'équilibre de l'établissement, qui concrètement se traduit par la suppression d'un certain nombre de mensualités du tableau des emplois. On doit en gros 20 mensualités du tableau des emplois d'ici la fin de l'année [...]. Donc cette question des pôles adaptés, je livre ça simplement à votre réflexion. C'est qu'au dernier pointage on a 11 postes adaptés dans l'ensemble du pôle. 11 postes adaptés, ça fait 132 mensualités. Ces postes adaptés ce sont des gens qui sont employés sur des tâches qui ont leur utilité mais qui sont pas forcément indispensables, voire même ce sont des gens qui sont en doublure sur certains postes parce qu'ils peuvent pas faire la totalité de leur métier, et qu'on est bien obligés quand il y a une aide-soignante ou une infirmière qui peut pas soigner un malade, ben, même si elle est dans une équipe de soin, il faut à l'accueil une infirmière ou une aide-soignante. Donc c'est une incohérence d'organisation dramatique ! C'est-à-dire qu'il faut supprimer 20 mensualités, mais on nous impose d'employer 132 mensualités sur des tâches dont on peut se passer ! »

Ce questionnement gestionnaire de la part du responsable de pôle est caractéristique de son comportement entrepreneurial à l'égard de la réflexion médico-économique. Bien qu'a priori impossible, il remet en question la comptabilisation des postes adaptés pour proposer leur suppression du tableau des emplois. Cette réflexion est effectuée à partir d'une justification concernant l'irrationalité des règles associées à son rôle. Il étend donc son identité pour y intégrer ce besoin de rationalité.

Le responsable du pôle Appareil Locomoteur face à la réflexion médico-économique : entre défense et évolution identitaire

Le responsable du pôle Appareil Locomoteur en endossement de la réflexion médico-économique : un travail de défense identitaire

L'organisation de la chirurgie ambulatoire : une réflexion médico-économique endossée

Lors de la réunion de négociation du contrat de pôle, le directeur général interroge l'activité de chirurgie ambulatoire du pôle Appareil Locomoteur, ainsi que son organisation. Selon lui, l'activité mériterait d'être développée, étant donné les recettes qu'elle dégagne. Le responsable de pôle intervient alors pour préciser que l'activité se développe mais les patients ne sont pas suffisamment nombreux pour atteindre les objectifs souhaités. Pour démontrer au directeur la performance de cette activité actuellement, il explique les réorganisations ayant eu lieu récemment afin de permettre à l'activité de se développer. Son argumentaire est uniquement axé autour des aspects gestionnaires. Il se met en avant comme l'instigateur de cette démarche.

« Avant, on fonctionnait au bon vouloir du programme opératoire. Or, depuis quelques mois, j'ai pris en main l'organisation du programme opératoire, ce qui fait que j'essaie de faire en sorte qu'on occupe régulièrement les 4 places le lundi, les 4 places le jeudi, et les 2 autres places. Ce qui fait que je regarde le programme. Si au programme opératoire, j'ai un collaborateur par exemple qui s'est mis 3 opérations qui pourraient avoir lieu en ambulatoire, mais qu'on n'a que 2, je lui dis « tu annules celle-là, tu la mets la semaine d'après, de manière à remplir toutes les places d'ambulatoire ». Et en procédant de cette façon-là, vous pourrez remarquer sur les chiffres de début de l'année, on avait une augmentation de l'ambulatoire qui est tout à fait importante. Alors que jusqu'à présent... »

Pour démontrer le niveau de performance de la chirurgie ambulatoire, le responsable de pôle fait également références aux données d'activité. Pour lui, étant donné les contraintes externes et le fonctionnement optimal du service concerné, il sera impossible d'atteindre un meilleur niveau d'activité. Il explique qu'une évaluation a déjà été réalisée par la direction du pôle dans l'optique d'une recherche d'améliorations. Il pointe également du doigt le fait que le niveau d'activité estimé par l'évaluation est reconnu dans cette spécialité comme étant un maximum. Selon lui, c'est une preuve de leur performance dans la gestion de cette activité. Son raisonnement est donc ici strictement médico-économique.

« On est dans une démarche, M. le directeur, pour promouvoir cette activité. Je sais bien que tout le monde y tient, les hôpitaux, beaucoup vous-même. L'HA, ça nous préoccupe, et on est tout à fait d'accord pour aller dans ce sens-là. Si tout se passe comme je veux, on va augmenter encore notre activité. Mais vraisemblablement, à la fin de l'année, on aura rempli

toutes nos possibilités. Parce qu'on a fait une évaluation du fonctionnement du service aujourd'hui, on a au maximum, si on fait au taquet, sans annulation, sans report [...], on a 600 passages possibles. Je pense qu'on devrait être cette année à 520-530, si tout ce passe comme on veut. 520-530, dans tous les services d'ambulatoire, c'est aujourd'hui un maximum. C'est un ratio qui est tout à fait acceptable, que tout le monde reconnaît comme le ratio idéal. On ne pourra pas faire, en orthopédie, 600. Si on fait 520-530, on aura été très performants ! »

Le responsable du pôle Appareil Locomoteur endosse une réflexion médico-économique concernant le développement de l'activité ambulatoire. Son argumentaire est focalisé sur les dimensions organisationnelles et productives, dans la logique de sa posture identitaire. Il s'affiche d'ailleurs comme engagé personnellement dans cette démarche, souvent comme l'instigateur. Ce travail de renforcement identitaire lui permet de défendre son identité et de garder cohérent son comportement d'endossement de la réflexion médico-économique.

Le responsable du pôle Appareil Locomoteur en négociation de la réflexion médico-économique : un travail d'évolution identitaire

Le non-remplacement des personnels soignants : une réflexion médico-économique rejetée puis négociée

Alors inscrit dans un plan de retour à l'équilibre, le CHU est contraint de réduire ses dépenses de personnel, démarche traduite immédiatement par le refus, pour les pôles, de faire appel à l'intérim en cas d'absentéisme du personnel soignant. Cette décision est accompagnée d'une demande de suppression d'effectifs. Informé de ces mesures, le responsable du pôle Appareil Locomoteur s'y oppose de manière radicale. Selon lui, des efforts ont déjà été réalisés par son pôle pour économiser des personnels dans les activités chirurgicales, notamment l'année précédente. Il se justifie en déclarant avoir déjà optimisé son fonctionnement au niveau du personnel, et que des possibilités de réduction supplémentaire des effectifs ne sont envisageables qu'à condition de l'accompagner d'une baisse d'activité. Or, pour lui, une diminution d'activité va nécessairement conduire à une augmentation de la durée moyenne de séjour, ainsi qu'à une diminution des recettes du pôle, donc à des coûts supplémentaires.

Il procède donc là aussi à une adaptation de sa posture identitaire, en y intégrant la dimension humaine du personnel soignant comme intermédiaire dans l'amélioration de la performance économique. Il utilise cette posture pour justifier son refus de réduire ses effectifs soignants : pour lui, étant donné que le personnel soignant contribue à l'augmentation d'activité du pôle, sa prise en considération est inévitable. S'énervant, il s'implique là aussi personnellement dans son argumentation.

« Bosser avec des infirmières en moins, en ayant fait ce qu'on a fait l'an dernier, moi je le refuse ! Cette année je ne ferai pas ce qu'on a fait l'an dernier. Donc si on doit diminuer l'activité, on va la diminuer. Mais qu'est-ce qui va se passer ? Au lieu de mettre des infirmières l'après-midi pour faire et le programme réglé et la traumatologie, on les mettra pas. Bon, la traumatologie, vraisemblablement, on pourra pas la faire. Et qu'est-ce qui va se passer ? Les gens vont rester dans les lits. Donc on va augmenter la durée de séjour. Il va y avoir du mécontentement de la part des gens qui vont arriver fracturés, qu'on va pas pouvoir opérer tout de suite [...]. Puis on va faire les calculs à partir de là. Donc en chirurgie ambulatoire, ça rapporte 800€ par jour, par hospitalisation. Vous en mettez 200 de moins. 800€ par 200 de moins, vous faites le calcul ! 300 interventions de moins, vous faites le calcul ! »

Dans son argumentation, le responsable de pôle fait spécifiquement référence aux difficultés rencontrées par les personnels soignants en raison de l'optimisation déjà réalisée au niveau des ressources humaines du pôle. Il réitère son refus d'accepter ce type de décision en s'impliquant de nouveau dans son explication (« je suis absolument déterminé », « c'est inadmissible ! », « je n'accepterai pas ! »). Selon lui, si le personnel du pôle se fatigue et l'absentéisme relatif s'accroît, il ne pourra pas maintenir l'activité souhaitée, et donc atteindre les objectifs économiques. Il renouvelle son extension identitaire, en plaçant le personnel comme outil central dans sa conception de la gestion médico-économique.

« Je suis absolument déterminé là-dessus. Il est pas question que je continue à cravacher et à passer pour un tortionnaire vis-à-vis du personnel, en disant « on a 4 infirmières de moins, on va faire autant que l'année dernière », c'est inadmissible ! Là, aujourd'hui, je ne peux plus accepter ce genre de choses. Donc si on a 4 infirmières de moins, et bien on fera 300 ou 400 interventions de moins ! Il n'est pas question ! Je ne veux pas cravacher et passer pour le dernier des tortionnaires ! Voilà. C'est inadmissible et je n'accepterai pas ! »

Pour lui, la réflexion médico-économique qui est imposée ici par la direction remet en question l'existence même des responsables de pôle. La contrainte financière de l'établissement ne lui permet plus de tenir son rôle. Il choisit donc d'envisager l'arrêt des négociations avec la direction générale, ainsi que le refus de signer le contrat de pôle. Là aussi, il se montre engagé dans son argumentation. Son raisonnement soutient ici sa posture identitaire initiale.

« Ah ben on signera pas le contrat de pôle. Non mais, si c'est des négociations déjà pifées d'avance. Donc à ce moment-là, il faut pas dire qu'on a des chefs de pôle qui vont signer des contrats avec le directeur ! C'est-à-dire qu'il n'y a plus de chefs de pôle, et il n'y a que le directeur général qui va appliquer ce qui vient de l'ARS, qui va appliquer ce qui vient du ministère. Donc faut pas nous demander de dire que le chef de pôle va signer avec le directeur général le contrat de pôle. Faut pas qu'on nous demande ça ! Si on nous demande plus notre avis et qu'on n'a plus moyen de discuter. »

Pour assurer le fonctionnement de l'activité chirurgicale, le directeur général a finalement choisi d'accorder au pôle quelques effectifs d'intérimaires. Quelques semaines plus tard, en réunion de négociation du contrat de pôle, le responsable de pôle fait référence à cet investissement de la part de la direction. S'adressant au directeur général, il met en avant l'effort fait par la clinique de chirurgie pour maintenir un niveau d'activité important, par l'optimisation des ressources humaines présentes. S'appuyant son extension identitaire, il insiste particulièrement sur la logique de lien entre activité et moyens qu'il soutient.

« Un petit mot également sur l'intérim. Au mois d'avril, par exemple, on a eu des intérimaires. Heureusement d'ailleurs, parce qu'on avait 3 infirmières en moins [...]. Donc on a maintenu l'activité du mois d'avril cette année avec 3 infirmières de moins. Je me sentais un petit peu mal à l'aise de vous dire « ben on va fermer ci, on va fermer ça... » alors que vous nous aviez donné des intérimaires en contrepartie. Donc malgré 3 infirmières de moins, on a maintenu l'activité qu'on avait eu l'année dernière, qui était un très gros mois, le mois d'avril l'année dernière. Donc, comme quoi, vous faites des efforts, on fait des efforts aussi. »

Plus tard, dans une autre réunion, le responsable de pôle explique au personnel que les décisions envisagées par le directeur général concernant la suppression de certains effectifs de remplacement peuvent être écartées, en raison des efforts parallèles réalisés par le pôle pour augmenter son activité et réduire ses dépenses. Il se réfère une nouvelle fois au mode de

tarification pour envisager sa négociation du contrat de pôle. Il s'inscrit personnellement dans l'argumentation qu'il défend (« je vous garantis », « je suis confiant »). La réflexion médico-économique est donc ici négociée.

« A partir du moment où on démontre qu'on a une augmentation des recettes et qu'on a une diminution des dépenses, je peux vous dire que c'est pas 3 ou 4 mensualités, ou 30 mensualités, qui vont faire basculer d'un côté ou de l'autre. Ca, je vous garantis que ça se passera pas comme ça. Et je crois qu'il faut continuer, comme on l'a dit, sur cette activité-là, et je pense qu'on n'aura aucun souci pour faire passer le contrat de pôle. J'aurais aucun souci moi pour le faire signer et faire passer ce problème de mensualités. Je suis très confiant. »

Le responsable du pôle Appareil Locomoteur, bien que rejetant initialement la réflexion médico-économique imposée par la direction, parvient à la renégocier selon les principes de financement à l'activité, pour défendre son positionnement quant à la réduction des effectifs du pôle. Il parvient à démontrer l'efficacité de sa logique d'augmentation d'activité en intégrant la dimension du personnel dans sa posture identitaire fortement gestionnaire. Cette extension lui permet donc d'adapter son identité et de justifier la cohérence entre son comportement et sa posture identitaire.

LISTE DES FIGURES, ENCADRES ET TABLEAUX

Figures

| | |
|--|----------|
| Figure 1. Le positionnement hiérarchique type d'un responsable de pôle..... | 8 |
| Figure 2. Le processus de transition de rôle, selon Ashforth et al. (2000) (adapté par Ashforth, 2001)..... | 16 |
| Figure 3. Les trois phases de notre recherche | 21 |
| Figure 4. Le canevas général de notre recherche | 25 |
| Figure 5. Les modes d'ajustements aux transitions de rôle (Nicholson, 1984) | 39, 70 |
| Figure 6. Synthèse des situations d'ajustement des 22 responsables de pôle du CHU et du CH étudiés..... | 72, 94 |
| Figure 7. Les postures d'identification et de désidentification à un rôle (adapté d'Ashforth, 2001)..... | 124, 150 |
| Figure 8. Les quatre responsables de pôle du CHU retenus en fonction de leur situation d'ajustement (cf. Nicholson, 1984)..... | 133 |
| Figure 9. La constellation de rôle type d'un responsable de pôle au sein du CHU étudié..... | 145 |
| Figure 10. Les postures d'identification et de désidentification au rôle des quatre responsables de pôle du CHU étudié..... | 156 |
| Figure 11. L'influence de la posture d'identification sur la tenue du rôle de médecin-gestionnaire | 182 |
| Figure 12. Le continuum des modes de réflexions pouvant être adoptés par les responsables de pôle à l'égard de sujets médico-économiques | 222 |
| Figure 13. La construction de la thèse que nous défendons..... | 282 |

Encadrés

Encadré 1. Les missions du responsable de pôle selon les textes de loi 9

Encadré 2. L'évolution du rôle de responsable de pôle vers celui de chef de pôle..... 10

Encadré 3. Extrait du profil de poste du responsable de pôle du CHU étudié 52

Encadré 4. Extrait du contrat de pôle type du CH étudié..... 58

Tableaux

Tableau 1. Les pôles d'activité du CHU étudié 49

Tableau 2. Les pôles d'activité du CH étudié 55

Tableau 3. Les différentes conceptions des caractéristiques personnelles et caractéristiques d'un rôle (Nicholson, 1984) dans la littérature 66

Tableau 4. Les postures identitaires et tenues de rôle des quatre responsables de pôle étudiés 224

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|-----------|
| INTRODUCTION GENERALE | 1 |
| 0.1. NOTRE PROJET DE RECHERCHE : L'ETUDE DE LA TRANSITION VERS UN ROLE DE PROFESSIONNEL-GESTIONNAIRE | 4 |
| 0.1.1. Le <i>New Public Management</i> et la gestion de la performance dans les organisations publiques..... | 4 |
| 0.1.2. L'introduction de la gestion de la performance dans les organisations publiques françaises : le cas des hôpitaux | 5 |
| 0.1.3. La création du rôle de responsable de pôle d'activité comme outil du développement de la réflexion médico-économique des hôpitaux..... | 7 |
| 0.2. LE CANEVAS DE NOTRE RECHERCHE : UNE RECHERCHE QUALITATIVE SUR LES TRANSITIONS DE ROLE DANS LE PECP | 11 |
| 0.2.1. Notre posture épistémologique : le paradigme épistémologique constructiviste pragmatique selon Avenier | 12 |
| 0.2.2. Notre cadre théorique global : les concepts de rôle et d'identité dans le cadre des transitions de rôle..... | 14 |
| 0.2.3. Notre démarche méthodologique globale : une recherche qualitative visant la compréhension du phénomène de transition..... | 20 |
| | |
| PARTIE I. UNE ETUDE GLOBALE DE LA TRANSITION VERS UN ROLE DE MEDECIN-GESTIONNAIRE | 27 |
| CHAPITRE 1. LA TRANSITION VERS UN ROLE DE MEDECIN-GESTIONNAIRE : UN DEFI ?..... | 30 |
| 1.1. Les rôles et transitions de rôle : une blouse sur mesure pour le médecin..... | 30 |
| 1.1.1. Le rôle comme institution intermédiaire..... | 30 |
| 1.1.2. La transition de rôle comme processus d'ajustement | 34 |
| 1.2. Les rôles de professionnel-gestionnaire et les conflits de rôle : une blouse mal ajustée pour le médecin..... | 40 |
| 1.2.1. La managérialisation des rôles professionnels : vers des rôles plus rigides .. | 41 |
| 1.2.2. La difficile transition vers un rôle de professionnel-gestionnaire | 43 |

Table des matières

| | |
|--|------------|
| CHAPITRE 2. UNE ETUDE EXHAUSTIVE DES TRANSITIONS VERS LE ROLE DE RESPONSABLE DE POLE AU SEIN DE DEUX HOPITAUX | 47 |
| 2.1. L'étude de deux cas d'établissements hospitaliers et de leurs médecins en transition | 47 |
| 2.1.1. Le Centre Hospitalier Universitaire sélectionné..... | 48 |
| 2.1.2. Le Centre Hospitalier sélectionné..... | 53 |
| 2.2. La méthodologie employée pour le recueil et l'analyse des matériaux relatifs aux ajustements « rôle-individu »..... | 59 |
| 2.2.1. L'entretien individuel auprès des responsables de pôle : un mode de recueil des pratiques et perceptions autour du rôle..... | 59 |
| 2.2.2. Le codage des matériaux récoltés : une analyse mixte et intersites des ajustements entre les médecins et leur rôle de responsable de pôle | 65 |
| CHAPITRE 3. LA TRANSITION VERS UN ROLE DE MEDECIN-GESTIONNAIRE : UN DEFI SURMONTABLE MAIS ALEATOIRE..... | 71 |
| 3.1. De médecin à médecin-gestionnaire : des ajustements « rôle-individu » variés mais possibles..... | 71 |
| 3.1.1. Les responsables de pôle en situation de réplication..... | 73 |
| 3.1.2. Les responsables de pôle en situation d'absorption..... | 78 |
| 3.1.3. Les responsables de pôle en situation de détermination..... | 84 |
| 3.1.4. Le responsable de pôle en situation d'exploration, un cas unique | 90 |
| 3.2. La transition vers le rôle de médecin-gestionnaire : l'importance de la dimension individuelle | 95 |
| 3.2.1. L'influence des ajustements « rôle-individu » sur la transition vers un rôle de médecin-gestionnaire | 96 |
| 3.2.2. Les dimensions influentes des ajustements « rôle-individu » | 105 |
| PARTIE II. UNE ETUDE DE LA TRANSITION PAR L'IDENTIFICATION AU ROLE DE MEDECIN-GESTIONNAIRE | 115 |
| CHAPITRE 4. L'IDENTIFICATION A UN ROLE : UN IMPERATIF POUR LA TENUE FAVORABLE DU ROLE ?..... | 118 |
| 4.1. L'identification à un rôle comme posture incontournable..... | 118 |
| 4.1.1. L'identification comme facteur d'implication dans un rôle | 119 |
| 4.1.2. L'identification comme ingrédient-clé d'une transition de rôle | 121 |

Table des matières

| | |
|---|-----|
| 4.2. L'identification à un rôle comme posture facultative | 122 |
| 4.2.1. Les alternatives à la posture d'identification forte | 123 |
| 4.2.2. La tenue d'un rôle sans identification forte : une possibilité ? | 127 |
| CHAPITRE 5. UNE ETUDE CIBLEE DE L'IDENTIFICATION AU ROLE DE RESPONSABLE DE POLE AU SEIN D'UN CHU..... | 131 |
| 5.1. L'étude de quatre cas extrêmes de médecins en transition au sein d'un même CHU | 131 |
| 5.1.1. Le pôle Couple-Enfant et son responsable | 133 |
| 5.1.2. Le pôle Anesthésie-Réanimation et sa responsable..... | 135 |
| 5.1.3. Le pôle Psychiatrie-Neurologie et son responsable..... | 138 |
| 5.1.4. Le pôle Appareil Locomoteur et son responsable | 140 |
| 5.2. La méthodologie employée pour le recueil et l'analyse des matériaux relatifs à l'identification à un rôle et sa tenue..... | 143 |
| 5.2.1. L'entretien individuel auprès des responsables de pôle et de leurs collaborateurs : un mode de recueil des significations personnelles et des pratiques quotidiennes | 143 |
| 5.2.2. Le codage des matériaux récoltés : une analyse mixte et intrasite des postures d'identification des médecins et de la tenue de leur rôle..... | 149 |
| CHAPITRE 6. L'IDENTIFICATION A UN ROLE : UN MODERATEUR POUR LA TENUE FAVORABLE DU ROLE..... | 155 |
| 6.1. Des postures d'identification variables pour des tenues de rôle variables | 155 |
| 6.1.1. Le responsable du pôle Couple-Enfant : une posture de désidentification forte associée à une tenue de rôle détournée | 156 |
| 6.1.2. La responsable du pôle Anesthésie-Réanimation : une posture d'identification conflictuelle associée à une tenue de rôle rigoureuse mais difficile | 163 |
| 6.1.3. Le responsable du pôle Psychiatrie-Neurologie : une posture d'identification neutre associée à une tenue de rôle respectée..... | 169 |
| 6.1.4. Le responsable du pôle Appareil Locomoteur : une posture d'identification forte associée à une tenue de rôle adaptée | 174 |
| 6.2. La customisation identitaire du rôle : l'importance de l'identité en pratique..... | 180 |
| 6.2.1. L'influence de la posture d'identification à un rôle sur la tenue d'un rôle de médecin-gestionnaire | 181 |
| 6.2.2. Les limites de l'influence identitaire sur le rôle prescrit | 191 |

PARTIE III. UNE ETUDE DE LA TRANSITION PAR LE TRAVAIL IDENTITAIRE DE MEDECIN-GESTIONNAIRE 197

CHAPITRE 7. LE MEDECIN-GESTIONNAIRE DANS LA TENUE DE SON ROLE : QUELLES TACTIQUES DE TRAVAIL IDENTITAIRE ?..... 200

- 7.1. Le travail identitaire comme protection de l'identité face au rôle..... 200
 - 7.1.1. La théorie du travail identitaire et la sauvegarde de l'identité..... 200
 - 7.1.2. La défense identitaire face aux pressions du rôle 203
- 7.2. Le travail identitaire comme mutation de l'identité dans le rôle 204
 - 7.2.1. La négociation identitaire dans les micro-transitions de rôle 205
 - 7.2.2. L'évolution identitaire dans les macro-transitions de rôle 206

CHAPITRE 8. UNE ETUDE MICRO DU TRAVAIL IDENTITAIRE DANS LE ROLE DE RESPONSABLE DE POLE AU SEIN D'UN CHU..... 210

- 8.1. L'étude de quatre cas de médecins en transition au cours de réunions de pôle..... 211
 - 8.1.1. Les réunions de bureau de pôle restreint 211
 - 8.1.2. Les réunions de bureau de pôle élargi 212
 - 8.1.3. Les réunions de conseil de pôle 213
 - 8.1.4. Les réunions de contractualisation de pôle..... 213
 - 8.1.5. Les réunions de projet..... 214
- 8.2. Méthodologie employée pour le recueil et l'analyse des matériaux relatifs au travail identitaire et au comportement de réflexion 215
 - 8.2.1. L'observation non-participante des réunions : une posture d'immersion pour étudier le travail identitaire 216
 - 8.2.2. Le codage des matériaux récoltés : une analyse mixte et intrasite du travail identitaire et du comportement de réflexion des responsable de pôle 219

CHAPITRE 9. LE MEDECIN-GESTIONNAIRE DANS LA TENUE DE SON ROLE : UN TRAVAIL IDENTITAIRE AMBULATOIRE 225

- 9.1. Le travail identitaire dual des responsables de pôle face à la réflexion médico-économique..... 225
 - 9.1.1. Le responsable du pôle Couple-Enfant face à la réflexion médico-économique : de la défense à l'évolution identitaire 226
 - 9.1.2. La responsable du pôle Anesthésie-Réanimation face à la réflexion médico-économique : une défense identitaire limitant l'évolution 233
 - 9.1.3. Le responsable du pôle Psychiatrie-Neurologie face à la réflexion médico-économique : une défense identitaire ponctuée d'évolution..... 238

Table des matières

| | |
|--|------------|
| 9.1.4. Le responsable du pôle Appareil Locomoteur face à la réflexion médico-économique : entre défense et évolution identitaire | 244 |
| 9.2. Le travail identitaire dans la transition vers un rôle de médecin-gestionnaire : l'importance de la construction des contours du rôle | 253 |
| 9.2.1. Les mécanismes et conséquences du travail identitaire au cours de la transition vers un rôle de médecin-gestionnaire | 253 |
| 9.2.2. Le travail identitaire contextualisé des médecins en transition vers un rôle de médecin-gestionnaire | 262 |
| CONCLUSION GENERALE..... | 269 |
| X.1. LA DISCUSSION GENERALE DE NOS RESULTATS : AU-DELA DE LA TRANSITION VERS UN ROLE DE MEDECIN-GESTIONNAIRE | 272 |
| X.1.1. Des médecins entre coulisses et scène : les répétitions du rôle de médecin-gestionnaire..... | 272 |
| X.1.2. Des médecins en interaction avec leur constellation de rôle : le partage du rôle de médecin-gestionnaire | 274 |
| X.1.3. Des médecins face aux contradictions institutionnelles : la légitimation d'un nouveau rôle de médecin-gestionnaire | 275 |
| X.2. LES CONCLUSIONS DE NOTRE RECHERCHE : DES TRANSITIONS VERS UN ROLE DE MEDECIN-GESTIONNAIRE..... | 277 |
| X.2.1. Les contributions de notre recherche : une meilleure compréhension de la transition vers un rôle de médecin-gestionnaire | 278 |
| X.2.2. Les limites de notre recherche : l'étude inachevée de la transition vers un rôle de médecin-gestionnaire | 284 |
| X.2.3. Les voies de recherche proposées : vers l'étude du processus de transition vers un rôle de médecin-gestionnaire | 287 |
| BIBLIOGRAPHIE | 291 |
| ANNEXES | 315 |
| LISTE DES FIGURES, ENCADRES ET TABLEAUX | 415 |
| TABLE DES MATIERES | 417 |