



HAL
open science

D'Hippocrate à Mercure : praticiens hospitaliers ou médecins gestionnaires ? Évolutions du métier et tensions de rôles ?

Guylaine Loubet

► **To cite this version:**

Guylaine Loubet. D'Hippocrate à Mercure : praticiens hospitaliers ou médecins gestionnaires ? Évolutions du métier et tensions de rôles ?. Comptabilités, économie et société, May 2011, Montpellier, France. pp.cd-rom. hal-00650549

HAL Id: hal-00650549

<https://hal.science/hal-00650549>

Submitted on 10 Dec 2011

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.

D'Hippocrate à Mercure : praticiens hospitaliers ou médecins gestionnaires ? Evolution du métier et tensions de rôles ?

Guylaine Loubet, Professeur Associé, GSCM (Groupe Sup de Co Montpellier),
g.loubet@supco-montpellier.fr

RESUME :

En raison des évolutions au niveau international dans le management public, les praticiens hospitaliers ont vu progressivement leur métier évoluer. Certains auteurs évoquent alors l'hybridation du métier, d'autres la polarisation. Qu'en est-il dans notre pays ? Cette évolution pourrait-elle être responsable de tensions de rôle ? Pour tenter de répondre à ces questions, l'auteur a observé dans plusieurs établissements des médecins au cours des 10 dernières années. Cette recherche montre que l'évolution du métier est réelle, qu'elle semble générer, sur l'échantillon étudié, des tensions de rôle et que les conflits de rôle s'établissent à un niveau très élevé par rapport à ce qui avait pu être observé pour ce type d'acteurs dans la littérature.

MOTS CLES: hôpital, médecins, tensions de rôle, hybridation, polarisation

ABSTRACT:

Linked to international public management (NPM) change in health field, physicians' job changed. Does it mean hybridization or polarization? Does change explain physician's role tensions? In order to answer those questions the author observed doctors in few French hospitals during 10 years. It appears that physicians have new job and not only care than before. So they encounter role tensions because of those new missions. The measurement of role conflict shows that French physicians included in our sample feel higher role conflicts than we found into literature.

KEY WORDS: hospital, physicians, role tensions, hybridization, polarization

Introduction

Qu'est ce qu'un bon médecin aujourd'hui ?

A cette question, le Docteur Patrick Pelloux, président du syndicat des médecins urgentistes de France, répondait récemment : « *Dans les années 80, un bon médecin c'était celui qui était auprès des patients, au cours des années 90, celui qui publiait dans des revues internationales, si possible en langue anglaise, aujourd'hui, c'est un médecin qui est en permanence en réunion !* »

Le rôle du médecin aurait-il changé ? C'est la question que nous nous sommes posée et qui a justifié ce travail de recherche.

Cette étude s'inscrit dans un contexte en évolution permanente depuis presque trente ans en France et à l'étranger.

Face à des dépenses de santé en constante augmentation et à des déficits chroniques, les pouvoirs publics ont tenté de trouver un équilibre financier dans la majorité des pays occidentaux sans succès. Depuis le début des années 80 en effet, le secteur public dans la plupart des pays occidentaux a été le sujet de nouvelles exigences : transparence financière, efficacité et efficience (Hopwood, 1984 ; Chua et Degeling, 1991 ; Covaleski et al., 1993 ; Comerford et Abernethy, 1999). En réponse à ces demandes, les gouvernements ont mis en place de nombreuses réformes basées sur le marché (Comerford et Abernethy, 1999).

En France cela s'est traduit par la LOLF qui substitue une logique de résultats à une logique de moyens et, dans les hôpitaux, par le Plan Hôpital 2007 dont l'un des volets était constitué par la T2A (Tarification A l'Activité).

Les réformes qui concernent l'hôpital français, s'inscrivent en effet dans un mouvement d'une plus grande ampleur touchant tous les pays de l'OCDE. Il s'agit du New Public Management qui s'accompagne de l'*accountingization* et se manifeste par une plus grande présence du contrôle de gestion dans ces organisations. Hood (1995) définit l'*accountingization* comme l'introduction de calcul de coûts précis dans des univers où les coûts étaient précédemment agrégés, globalisés et non définis. C'est le cas à l'hôpital français depuis l'utilisation du PMSI.

Ces transformations ont favorisé le développement du contrôle de gestion dans les établissements. Toutefois Nobre (1998) précise que si les caractéristiques de l'hôpital

permettent au corps médical de s'attribuer une place prépondérante au détriment de la direction, ils adoptent un comportement quasi-clanique tel que défini par Ouchi (1978), c'est-à-dire ne tolérant aucune modalité de commande venant de l'extérieur du clan (Halgand, 2003). Toutefois dans le cadre de la nouvelle gouvernance, les médecins responsables de pôles peuvent désormais être jugés sur leur capacité à atteindre des objectifs économiques. « *Le contrôle de gestion y jouera alors un rôle essentiel* » (Berland, 2004).

Ainsi les réformes dont l'hôpital a été l'objet au cours des quinze dernières années ont provoqué de profonds changements qui ont pu avoir une influence sur le métier exercé par les praticiens hospitaliers.

Les mesures les plus récentes en matière de financement consistent à rémunérer les établissements en fonction de leur activité dans le cadre de la T2A (Tarification A l'Activité). Cela suppose la participation accrue des médecins qui doivent alimenter de manière exhaustive et dans de courts délais le système d'information médicalisé (le PMSI) (Programme de Médicalisation du Système d'Information) afin qu'un juste financement soit attribué à leur établissement.

Si en France on manque encore de recul et on s'interroge sur les capacités qu'ont les médecins pour devenir de bons gestionnaires (Barresi et al., 2005), en revanche des changements similaires sont intervenus dans les hôpitaux de la plupart des pays de l'OCDE et la littérature relate des expériences étrangères (Kurunmäki, 2004 ; Jacobs, 2005). Si les auteurs étrangers s'accordent sur l'évolution du métier de médecin dans ce cas de modification de l'hôpital, ils caractérisent différemment le changement.

En 1999, Kurunmäki aborde le sujet de l'hybridation des métiers à propos des médecins finlandais. L'auteur considère que les connaissances en finance et comptabilité sont des données critiques, facteurs de pouvoir entre médecins et administratifs.

Järvinen (2006) qui a également étudié le cas des médecins dans les hôpitaux finlandais, présente des comptables ou contrôleurs de gestion qui voient leur rôle limité à celui de « bean counter » en raison des nouvelles responsabilités confiées aux médecins.

Beaucoup de formations sont organisées et « *presque tous les médecins s'ils le pouvaient suivraient ces formations* » (Kurunmäki, 2004). Les médecins apprennent vite, ont peu d'efforts à faire pour comprendre, de plus, les nouveaux managers ainsi formés ne souhaitent

pas avoir recours aux conseils des financiers car ils estiment qu'ils n'en ont plus besoin (Kurunmäki, 2004).

Toutefois, Jacobs (2005) considère que le terme d'hybridation utilisé par Kurunmäki pour les médecins, est trop fort car il suppose une évolution de l'espèce. Selon lui, le terme polarisation serait plus approprié, certains praticiens hospitaliers seulement évoluant vers les « *médecins-gestionnaires* ».

« Qu'en est-il en France ? », « Comment le métier de praticien hospitalier a-t-il évolué ? », « Les médecins ressentent-ils de ce fait des tensions de rôle ? », « Quels en sont les déterminants et peut-on les réduire ? » sont nos questionnements de recherche.

Afin de leur apporter une réponse, nous avons mené une étude qui a permis de rencontrer cent vingt praticiens hospitaliers sur une période de 10 ans. Elle a été réalisée dans quatre établissements : un CHU, un centre de lutte contre le cancer et deux centres hospitaliers non universitaires.

Avant de présenter nos résultats, les fondements conceptuels sur les tensions de rôles seront détaillés ainsi que la méthodologie mise en œuvre pour répondre à nos questions de recherche.

1 Revue de littérature

La théorie des rôles a été formellement reconnue à partir des travaux de R.L. Khan, D. Wolfe, R. Quinn, J. Snoeck et J.D. Rosenthal (1964) en psychologie organisationnelle.

Dans cette partie nous verrons dans un premier temps la définition des rôles et des tensions de rôle. Dans un deuxième temps, nous étudierons les déterminants et conséquences de ces tensions. Enfin, nous mettrons l'accent sur les recherches spécifiques qui ont concerné les praticiens hospitaliers.

1.1 Théorie des rôles et définitions

1.1.1 Le rôle

L'individu au travail est confronté à un certain nombre d'attentes de ses supérieurs, de ses collègues, de ses clients internes ou externes à l'organisation, de tous les acteurs qui entourent son rôle et interagissent avec lui. Pour Sarbin et al. (1968), le rôle peut se définir comme un ensemble organisé de comportements à un poste de travail ou à une position identifiable. Il constitue également un « assemblage d'activités accomplies en vue de répondre à un objectif » (Bienayme, 1971).

1.1.2 Les tensions de rôle

Les perceptions de rôle se basent sur la représentation que se fait l'individu de son rôle. Dans une organisation donnée, ou pour un positionnement organisationnel précis, l'occupation de certains rôles peut-être génératrice de tensions, c'est-à-dire de pressions ressenties lors de l'exercice du rôle. Elles s'expriment soit en termes de conflit de rôle soit en termes d'ambiguïté de rôle, soit par l'occurrence souvent simultanée des deux phénomènes.

L'ambiguïté de rôle

L'individu au travail perçoit une incomplétude d'informations ou plus simplement un manque de renseignements pour réaliser les missions qui sont incluses dans sa fonction. Dans la théorie des rôles, c'est un facteur pouvant entraver le bon fonctionnement des organisations et également un élément dysfonctionnel pour les individus. Elle s'oppose à la clarté de rôle (Schuler, 1977). Kahn et al. (1964) la définissent comme « le degré d'information manquante pour occuper une position dans l'organisation ».

Le conflit de rôle

Il résulte de l'incohérence des attentes adressées à l'individu à propos de son rôle de travail, de la présence de deux ou plusieurs demandes incompatibles (ou pressions) telles que la réponse à l'une ne permette pas de satisfaire pleinement l'autre. Selon Kahn et al. (1964) et Katz et al. (1978) « le conflit de rôle résulte de l'apparition simultanée de deux ou plusieurs demandes incompatibles telles que l'adaptation à l'une, rend plus difficile l'adaptation aux autres ».

Ces conflits peuvent prendre plusieurs formes selon la typologie de Kahn et al. (1964) et sont définies comme « l'occurrence simultanée de deux ou plusieurs séries de pressions » (King et al., 1990). On distingue ainsi quatre types de conflits de rôle :

- Conflit de rôle intra-émetteur : dans ce cas deux ou plusieurs demandes, émanant d'un seul émetteur sont perçues comme inconciliables par l'individu
- Conflit de rôle inter-émetteur : la personne focale est soumise à plusieurs demandes incongruentes provenant de deux ou plusieurs personnes d'un même sous-système.
- Conflit inter-rôle ou inter-personnel : les attentes de deux ou plusieurs sous-systèmes différents sont jugées incompatibles par la personne focale.
- Conflit de rôle personnel enfin, qui peut se manifester s'il y a incongruence ou incompatibilité entre les attentes d'un ou plusieurs émetteurs et les attentes de la personne focale concernant son rôle.

1.1.3 Conséquences et déterminants des tensions de rôles

Les recherches sur les déterminants et les conséquences des tensions de rôles se situent dans la lignée des travaux de Khan et al. (1964). Il existe en particulier deux méta-analyses de Fisher et al., (1983) et Jackson et al., (1985) sur ces sujets.

Les conséquences

Les conséquences des tensions de rôle ont été précisées dans nombre de recherches qui montrent qu'elles sont à l'origine de nombreux dysfonctionnements (Bedeian et Amenakis, 1981 ; Schuler, 1975 ; Kemery, Bedeian, Mossholder et Touliatos, 1985) : le *stress* lié au travail généré par les tensions représente un coût organisationnel important ; la *diminution de la satisfaction au travail, de l'implication organisationnelle et de l'engagement au travail* peuvent également se manifester lorsque le salarié perçoit son rôle comme ambigu ou conflictuel.

La *performance individuelle* est également affectée par les tensions de rôle (Jackson et al. (1985) et Fisher et al., (1983)).

Ces mêmes auteurs présentent une douzaine d'études relatives à *l'intention de départ* comme conséquence des tensions de rôle.

Pour leur part, Bedeian et al. (1981) ont décrit un modèle causal des tensions de rôle sur l'intention de départ. Selon ces chercheurs, plus le conflit de rôle et l'ambiguïté de rôle sont élevés, plus la *tension au travail* augmente. Cette dernière a elle-même un *effet négatif sur la*

satisfaction au travail, ce qui augmente l'intention de quitter l'organisation. Les résultats obtenus attestent leur hypothèse. L'étude porte sur un échantillon de personnel médical de 202 personnes. La relation entre conflit de rôle et tensions au travail est toutefois plus forte que lorsqu'il s'agit de l'ambiguïté de rôle. En revanche, on trouve des relations quasi équivalentes et positives entre les deux dimensions des tensions de rôle et la *satisfaction au travail*.

Les tensions de rôle ont également des conséquences sur *l'implication au travail*. Les deux méta-analyses de Fisher et al. (1983) et Jackson et al. (1985) montrent que les tensions de rôles diminuent *l'implication organisationnelle*¹ et *l'implication au travail*. Fisher et al. (1983) montrent que l'ambiguïté de rôle est plus fortement corrélée que le conflit de rôle avec l'implication organisationnelle et l'implication au travail. Jackson et al. (1985) précisent pour leur part que l'implication organisationnelle et l'implication au travail sont toutes deux associées négativement aux tensions de rôles.

Afin d'éviter ces conséquences néfastes, la recherche des déterminants des tensions de rôle a été l'objet de nombreuses études.

Déterminants des tensions

On retiendra essentiellement des facteurs interpersonnels comme la *communication* et *organisationnels* même si les facteurs personnels (âge, sexe, traits de personnalité) peuvent également influencer les tensions de rôle.

- En ce qui concerne la *communication*, l'augmentation de la fréquence des messages permettait de diminuer les tensions de rôle (Khan et al., 1964). Cependant, Loubès (1997) montre que les informations de nature générale sur l'entreprise ne contribuent pas à atténuer le conflit de rôle.
- Parmi les facteurs organisationnels, plusieurs auteurs ont souligné l'importance la *formation professionnelle* pour réduire les tensions de rôle, Krayer (1986), ou l'une de leurs composantes : l'ambiguïté selon Fournier (1995) ou les conflits pour Loubès (1997).

¹ L'implication organisationnelle, traduit de l'anglais *organizational commitment* c'est l'implication profonde de la personne dans l'organisation alors que l'implication au travail c'est le *job involvement* anglo-saxon concerne l'adéquation homme-emploi (Commeiras, 1994).

- L'*étendue du contrôle*² a un effet direct sur le conflit de rôle perçu selon Morris et al. (1979).
- Pour la *participation au processus*³ selon Schuler (1980) puis Lee et Schuler (1982) elle permettrait de diminuer les conflits de rôle. Morris et al. (1979) et Jackson, et al. (1985), obtiennent des résultats identiques. La méta-analyse de Fisher et al. (1983) confirme ces résultats pour le conflit de rôle mais ne trouve aucune relation significative entre la participation aux décisions et l'ambiguïté de rôle.
- Quant à la *formalisation*, selon les études les résultats diffèrent et sont parfois opposés. Elle serait reliée de façon négative avec les deux dimensions des tensions de rôle (Khan et al., 1964 ; Rizzo et al., 1970 ; Rogers et Molnar, 1976 ; Morris et al., 1979). Nicholson et al., (1979) dans leur étude menée sur deux échantillons de managers obtiennent des résultats seulement sur les managers en production où la formalisation est corrélée négativement avec le conflit de rôle et de manière plus significative avec l'ambiguïté de rôle. Cependant, dans la méta-analyse présentée par Jackson et al. (1985), seule l'ambiguïté de rôle est reliée à la formalisation. Pour Organ et al. (1981) la formalisation agit de manière inversée sur l'ambiguïté de rôle alors qu'elle est reliée positivement avec le conflit de rôle. Toutefois, Podsakoff et Todor (1986) trouvent une relation négative et non plus positive avec le conflit de rôle⁴.
- Enfin la *position frontalière* est considérée comme une cause majeure des tensions de rôles Khan et al. (1964). Pour Fisher et al. (1983), le positionnement frontalier parce qu'il augmente les responsabilités de l'individu diminuerait l'ambiguïté de rôle. A contrario, le nombre d'attentes reçues même si elles sont plus claires pourraient s'avérer incompatibles et aggraveraient le conflit de rôle perçu (Miles, 1976) ; (Loubès, 1997).

Toutefois, l'ambition de ce travail de recherche étant de découvrir si l'évolution du métier de médecin génère des tensions de rôle, nous mettrons à présent l'accent sur des études menées sur des échantillons de praticiens hospitaliers.

² Ou surface de contrôle : correspond au nombre de personnes supervisées

³ Il s'agit de l'action de prendre part à quelque chose, à son résultat.

⁴ Toutefois, il convient de noter que ces résultats sont à considérer avec précaution car les échantillons et les échelles de mesure diffèrent.

Abernethy et Stoelwinder (1991) ont en effet mis en évidence que le rôle dual joué par les médecins sollicités pour s'approprier le métier de gestionnaire pouvait avoir des conséquences organisationnelles qui se traduisaient par l'apparition de conflits de rôles. Ces auteurs précisent que les médecins ont une implication forte dans les valeurs professionnelles et faible dans les valeurs managériales qui amènent ceux qui s'impliquent dans certaines tâches, comme le budget, à rencontrer des conflits de rôles. La littérature sur ce sujet a montré que les professionnels rencontrent des conflits de rôles lorsqu'on leur demande de participer à ce type de formes de contrôle (Scott, 1966 ; Hall, 1967 ; Copur, 1990 ; Raelin, 1991). Pendant longtemps les recherches ont affirmé qu'il y avait incompatibilité entre les modèles professionnels et gestionnaires et beaucoup d'attention a été portée aux conséquences de l'intégration de professionnels dans les organisations bureaucratiques (Blau, 1968). Les recherches suggéraient que les conflits de rôles pouvaient être minimisés si les professionnels n'étaient pas confrontés aux contrôles administratifs ce qui les limitait à leurs activités autocontrôlées (Hall, 1967 ; Aranya et Ferris, 1984 ; Abernethy et Stoelwinder, 1995).

Toutefois, dans un article de 1999, Comerford et Abernethy montrent que les conflits de rôles sont évitables. En effet, si les médecins qui sont impliqués dans la gestion, sont encouragés à développer leur système de buts, alors on constate une diminution des conflits de rôle⁵, que pourraient rencontrer ces professionnels en étant confrontés par exemple au processus budgétaire. A fortiori, ils n'ont pas à sacrifier leurs valeurs professionnelles pour participer à de tels processus. Il faut simplement les encourager à acquérir les valeurs du système de buts⁶. Les auteurs (Bate, 1984 ; Keep, 1984 ; Collins, 1991) indiquent que la formation et les programmes de socialisation peuvent jouer un rôle important.

A notre connaissance aucune étude n'a été menée en France sur ce sujet de l'évolution du métier de praticien hospitalier expliquant l'apparition de tensions de rôle. Ainsi avons-nous souhaité mettre en œuvre l'étude présentée ci-après.

⁵ Pour mesurer le conflit de rôle, les auteurs ont choisi d'utiliser l'échelle « RHL » développée par Rizzo et al., en 1970.

⁶ Le système de buts (Perrow, 1979) inclue les buts managériaux comme l'efficacité, l'adaptation, l'intégration, la croissance, la stabilité, l'unité et la transparence financière ou l'obligation de rendre compte (financial accountability) (Abernethy et Stoelwinder, 1991).

2 Méthodologie

La revue de littérature nous a permis d'identifier les déterminants et les conséquences des tensions de rôle.

Cependant, les recherches précédentes n'avaient pas été réalisées en France. En outre, quelques auteurs seulement avaient mesuré les conflits de rôle ressentis par les praticiens hospitaliers.

Aussi, avons-nous souhaité mener une étude en profondeur afin d'identifier les déterminants des tensions de rôle.

A la suite de ce premier travail, nous avons envisagé de mesurer à l'instar de ce qu'avaient réalisé Abernethy et Comerford (1999) les conflits de rôle perçus par les praticiens hospitaliers.

Enfin, nous avons souhaité découvrir les effets d'une formation à la gestion de ces acteurs. Toutefois, arrivée au terme de ces travaux, il nous a semblé nécessaire d'adjoindre à cette recherche une dernière observation, une fois la T2A mise en place, ce qui explique le dernier cas d'étude.

Le tableau ci-dessous résume les principales étapes de cette recherche :

Etablissement	Période	Médecins	Autres soignants	Autres personnes⁷	Total
CHU	2000 et 2003 / 2004	46	24	16	86
CLCC	2004/2005	33	2	3	38
CH1	2005/2007	11	0	4	15
CH2	2009	30	2	0	32
Total		120	28	23	171

Tableau 1 : différentes phases de la recherche et catégories de personnes rencontrées

⁷ Directeurs, contrôleurs de gestion, directeurs des soins, soignants, patients

2.1 Avant la T2A, trois mois au contact des médecins d'un CHU et la création des pôles

Dans le cadre d'une démarche interprétative, une étude de cas a été menée dans un CHU pour connaître le fonctionnement de l'hôpital et comprendre le métier des praticiens hospitaliers. La première étape de ce travail a consisté en l'observation de médecins dont nous avons partagé le quotidien professionnel. Pour compléter l'observation de leur activité, un entretien semi directif a également été réalisé avec chacun d'entre eux⁸. Les huit médecins responsables des réseaux alors identifiés, ont également été rencontrés.

Cette connaissance du milieu hospitalier nous a ensuite permis de participer à la réflexion sur la construction des pôles d'activité médicale de janvier 2003 à février 2004. Il s'agissait d'une observation participante lors des réunions de préparation des comités de pilotage dans le cadre du regroupement des services en pôles. Ces réunions regroupaient des directeurs et des médecins.

2.2 Recherche action dans deux établissements

Une deuxième stratégie d'accès au réel, la recherche-action (Hatchuel, 1986 ; Moisdon, 1984) a été utilisée dans deux établissements dans le but d'observer le comportement de médecins hospitaliers confrontés à ces changements dans des situations particulières, c'est-à-dire avant, pendant et après une formation à la gestion.

A partir des matériaux collectés lors de la première partie de cette recherche, deux études ont été réalisées dans un Centre de Lutte Contre le Cancer et un Centre Hospitalier non universitaire.

Après une phase d'entretiens semi-directifs, des formations de trois jours à la gestion et au codage ont été réalisées.

Le programme étudié correspondait aux bases de la gestion et aux obligations liées au PMSI et à la T2A. Ces formations comportaient des cours magistraux, des exercices et des jeux de rôle. Elles ont été filmées. Quarante quatre médecins ont ainsi été rencontrés lors d'entretiens semi-directifs parmi lesquels vingt-cinq ont été formés.

⁸ Au cours de cette étude, un infirmier par service, les surveillants de chacun des services, les surveillants chefs (cadres infirmiers supérieurs), le directeur des soins, des contrôleurs de gestion, des médecins directeurs de l'information médicale (DIM) ont également été interviewés

Cette deuxième phase de la recherche a été réalisée entre 2004 et 2007 dans deux établissements hospitaliers c'est-à-dire avant la mise en place définitive de la T2A⁹.

2.3 Etude confirmatoire après la mise en place définitive de la T2A

L'étude que nous avons menée a été réalisée pendant une période de changement (lors de la mise en place de la T2A entre 2004 et début 2008 et la création des pôles 2006). Aussi, avons-nous souhaité effectuer une étude confirmatoire au cours du dernier trimestre 2009. A cette occasion, trente médecins exerçant dans un établissement hospitalier non universitaire ont été rencontrés en entretiens semi directifs.

Ces données ont été analysées et ont permis de mettre à jour des résultats de plusieurs types qui répondent aux questions que nous nous étions posées, sur l'évolution du métier de praticien hospitalier et les déterminants des tensions de rôle.

3 Les résultats : de praticiens hospitaliers à médecins gestionnaires

Les résultats présentés dans la suite de ce document proviennent de l'analyse des verbatim recueillis tant lors de l'observation de l'activité quotidienne des médecins du CHU que d'entretiens semi directifs (au CHU, au CLCC et dans les Centres Hospitaliers), de discussions informelles, dans le cadre des formations et tout particulièrement lors des jeux de rôle.

L'analyse des données collectées sur le terrain nous a permis d'observer une évolution du métier de praticien hospitalier, responsable de la perception de tensions de rôle.

3.1 Le constat d'une évolution du métier de praticien hospitalier

Les observations que nous avons menées nous permettent de dresser sommairement la liste des différentes activités d'un praticien hospitalier :

⁹ La mise en place à 100% de la T2A est intervenue pour les établissements publics le 1/1/2008

Activité de soin : consultations, visite dans les chambres des patients, staffs c'est-à-dire réunions avec des médecins de la même activité ou dans un service chirurgical avec des anesthésistes, ou staffs pluridisciplinaires (médeco-infirmiers ou réunissant des médecins de plusieurs spécialités). Ces réunions permettent d'évoquer les cas des patients¹⁰. Dans les services chirurgicaux, on rajoute aux autres activités : les interventions chirurgicales.

Réunions : avec l'administration, les laboratoires pharmaceutiques (médicaments, matériels), recrutements, réunions sur les vigilances : lutte contre les infections nosocomiales, hémo-vigilance, matério-vigilance, ...

Travail administratif : tenue des dossiers patients, codage PMSI.

Formations : elles ont lieu fréquemment le soir en EPU (Enseignement Post Universitaire), congrès des sociétés savantes...

Enseignement et Recherche : dans les CHU ou CLCC même si certains praticiens hospitaliers des établissements non universitaires enseignent également.

Le métier d'origine du praticien hospitalier est centré sur le patient. Lors des entretiens semi-directifs, les médecins insistent sur les difficultés qu'ils rencontrent dans certaines activités.

« Mes difficultés principales sont le travail administratif, les courriers, le PMSI, l'organisation. » (Médecin service 2 CHU).

« Tout est fabuleux exceptées les tâches administratives, PMSI, T2A, EPRD ! » (Médecin Centre Hospitalier 1).

Les réformes hospitalières introduisent en effet d'importants changements qui affectent l'activité même des médecins.

La toute première date de la loi hospitalière du 31 juillet 1991 qui a pris effet le 1^{er} janvier 1995. Il s'agit du PMSI (Programme de Médicalisation du Système d'Information) qui, à partir du codage des actes et diagnostics effectués par le médecin à l'issue du séjour du patient qu'il a pris en charge, permet d'obtenir des informations médicalisées sur l'activité de l'hôpital. Ainsi, les établissements et la tutelle disposent non seulement d'indicateurs dits hôteliers, tels que la durée moyenne de séjour, le nombre d'entrées ou le taux d'occupation, mais également du nombre de patients traités par type de pathologie, ces derniers étant classés dans environ 700 groupes homogènes de malades (GHM). Le PMSI concerne les

¹⁰ Dans un CHU c'est un lieu de formation également des internes et externes.

établissements publics et privés et ajoute une nouvelle facette au métier des praticiens hospitalier qui sont depuis, tenus d'indiquer les diagnostics et les actes réalisés à l'issue du séjour des patients qu'ils ont pris en charge.

La seconde réforme celle de la Tarification à l'Activité, communément appelée T2A, s'appuie sur la première, celle du PMSI. Elle a pris effet le 1er janvier 2004 dans les établissements publics et le 1^{er} mars 2005 dans les établissements privés. A partir du codage réalisé par les médecins, le case mix (éventail des cas traités) de chaque hôpital ou clinique est établi. Les établissements obtiennent alors un financement lié à leur activité puisque chaque pathologie dispose à présent d'un tarif. Ainsi cette deuxième réforme, rend les médecins responsables du financement de l'organisation dans laquelle ils exercent leur activité.

Enfin, la dernière réforme ne concerne que le secteur public. Cette ordonnance du 2 mai 2005 a imposé à compter du 31/12/2006 aux établissements publics, la mise en place des pôles d'activité médicale, dirigés par un médecin coordinateur de pôle aidé par un cadre infirmier et un directeur délégué au pôle.

Ainsi, les praticiens hospitaliers sont au cœur du changement à l'hôpital puisqu'on leur demande, dans le cadre du PMSI, de saisir leur activité pour alimenter le système d'information hospitalier, cette information étant ensuite utilisée pour déterminer le financement, enfin, dans le cadre de la nouvelle gouvernance, certains d'entre eux sont amenés à gérer le pôle.

Selon les médecins, ces nouvelles responsabilités les empêchent de se consacrer autant qu'ils le souhaiteraient aux soins, à l'enseignement et à la recherche et génèrent des tensions de rôle.

3.2 Les médecins perçoivent des tensions de rôle du fait de l'évolution de leur métier

Selon les médecins interrogés, le PMSI est le principal déterminant de l'ambiguïté de rôle alors que le PMSI et la T2A sont à l'origine de conflits de rôle.

3.2.1 *Le PMSI génère une ambiguïté de rôle*

Nos observations montrent que l'absence de clarté du PMSI est à l'origine de nombreuses tensions.

Le PMSI ne reflète pas la variété des cas

Les maladies sont classées dans la CIM 10 (Classification Internationale des Maladies version 10) par l'OMS. On compte environ 10 000 maladies. Les patients qui sont soignés dans un hôpital ou une clinique sont classés dans des groupes homogènes de séjours (GHS) qui permettent à l'établissement d'être ensuite financé par l'Assurance Maladie en fonction de leur activité. Il existe environ 700 GHS ou GHM (Groupes Homogènes de Malades) et ces patients très différents sont classés dans des groupes trop peu nombreux. Selon les médecins rencontrés, ils ne peuvent refléter la grande variété des cas rencontrés. Les médecins considèrent ainsi que le PMSI ne peut pas servir à décrire leur activité.

« D'une part, le PMSI nous fait perdre du temps mais en plus il ne correspond à aucune réalité médicale » (Médecin service 3 CHU).

Avant de réaliser ces observations, nous pensions que nous allions rencontrer des malades assez semblables à l'intérieur d'un même service. Dans le service endocrinologie, par exemple, on ne trouve pas seulement des diabétiques mais également des anorexiques, des obèses et des personnes souffrant d'autres maladies endocriniennes. Les traitements, les intervenants (médecins, infirmières, auxiliaires paramédicaux) ne sont pas les mêmes pour chaque patient. Chez les diabétiques, on trouve des diabètes insulino-dépendants et non insulino-dépendants. Dans les deux cas, il peut s'agir de diabètes « simples » ou de diabètes compliqués. Les complications, elles-mêmes, sont diverses : problèmes de vue, problèmes de pieds, problèmes cardiaques...etc. De plus, les patients présentent des caractéristiques qui complexifient les prises en charges. Ils ont en effet, des âges différents, certains souffrent d'autres pathologies, ils connaissent des conditions de vie qui empêchent ou favorisent leur retour à domicile, leur état psychologique leur permet ou pas de comprendre et de respecter le traitement nécessaire à leur pathologie, etc.

Les objectifs du PMSI sont ambigus

L'absence de clarté des attentes de leurs interlocuteurs (direction de l'établissement, médecin DIM) est mentionnée par de nombreux médecins. Les récentes réformes non encore

comprises sont un sujet d'insatisfaction. C'est le cas du médecin auquel on demande de remplir des fiches PMSI alors qu'il n'a pas compris comment faire, à quoi cela servait et qu'il subodore qu'il s'agit du contrôle de son activité...il va ressentir des tensions définies en termes d'ambiguïté de rôle.

« Lettres types, comptes-rendus opératoires au bloc, plus PMSI... vous nous demandez de faire deux fois le même travail (Médecin lors de la séance consacrée aux jeux de rôle jouant le rôle de président de CME CLCC).

« Non, on vous demande un travail supplémentaire, mais pas deux fois le même ! » (Médecin jouant le rôle de DIM CLCC).

« Je suis désolé mais on manque d'information. Moi je voudrais tout saisir. Quand j'étais hier en réunion à Pézénas, quand je vais à des congrès pour former des gens, quand je fais un cours de nutrition comment c'est valorisé ? » (Médecin CLCC).

« Aujourd'hui tout cela nécessite une formation que l'on n'a pas eue. Ce n'est pas assez clair » (Médecin jouant le rôle de président CME Centre Hospitalier).

« Pour le PMSI, je ne vois pas la finalité, l'objectif final. On nous a dit que c'était dans un objectif financier, mais après on est revenu sur ça ; ce n'est pas clair » (médecin service 1 CHU).

« Tout cela est extrêmement théorique. On ne produit pas de recette, on produit des soins. On a une enveloppe globale au niveau national. On ne peut pas dire : on va se lancer dans telle ou telle activité et la développer pour gagner de l'argent et même si avec la T2A l'activité génère des recettes, le tarif sera revu à la baisse si l'activité augmente au niveau national » (médecin CLCC).

Pour ce répondant, même si l'activité de son établissement est susceptible d'augmenter en raison d'une forte demande et de l'utilisation de techniques innovantes, sur des créneaux rentables, il ne sera pas bénéficiaire. En effet, l'enveloppe nationale dédiée à l'hospitalisation est limitée. Si l'activité augmente les tarifs seront diminués.

Les médecins méconnaissent la technique de codage du PMSI

Nous avons observé que la majorité des médecins rencontrés parmi les cent vingt avec lesquels nous avons abordé le sujet du PMSI, ne connaissaient ni les techniques, ni leurs obligations.

« On n'a pas été formé, ce n'est pas clair, les infirmières et les secrétaires peuvent faire ce travail de codage ; cela permet en plus de les revaloriser » (Médecin jouant le rôle de président de CME CLCC).

« Il y a encore tout plein de médecins qui ne croient pas au PMSI et à la T2A pour eux qu'ils fassent une bonne ou une mauvaise saisie peu importe » (Médecin Centre Hospitalier 1).

Aussi, lors de la mise en place de la T2A, ne sont-ils pas conscients du rôle qu'ils ont à jouer dans le domaine du financement de l'établissement. Ils pensent même parfois ne pas avoir besoin de formation comme en témoigne l'observation suivante :

Lors d'un entretien avec un médecin (chef de clinique dans le service 2 du CHU), nous abordons le PMSI et l'interrogeons sur les difficultés qu'il rencontre pour coder les diagnostics et actes.

Le chercheur : « Rencontrez-vous des difficultés pour coder les actes et diagnostics ? Si oui, lesquelles ? »

Le médecin : « Je n'ai aucune difficulté »

Le chercheur : « Avez-vous été formé ? »

Le médecin : « Non »

Le chercheur : « Pour quelle raison ? »

Le médecin : « Ce n'est pas nécessaire je peux me débrouiller tout seul. En plus, il n'y a pas de formation ! »

Or, une formation est organisée l'après-midi même, à laquelle nous participons. Le DIM organisateur de la formation déplore le faible nombre de participants (cinq médecins) et nous explique qu'il a cru bien faire en envoyant l'invitation pour la formation à environ trois cents médecins avec leur bulletin de salaire du mois précédent.

« On a été formés pendant de très longues années à la pratique médicale et on nous demande de basculer dans un domaine qui n'est pas le notre. On ne sait pas coder alors on ne veut pas coder » (Médecin jouant le rôle de président de CME CLCC).

« Quel est l'intérêt pour nous ? Intellectuel, financier ? Va-t-on tomber dans le tout administratif ? » (Médecin CLCC).

En l'absence de formation, les médecins commettent des erreurs de codage ne permettant pas de connaître la réelle activité de l'établissement dans le cadre du PMSI et de ne pas obtenir le juste financement dans le cadre de la T2A. Une autre observation effectuée au CHU confirme encore cette impression.

Dans un service qui traite les maladies endocriniennes, l'obésité et l'anorexie, un patient est accueilli pour diabète. Il s'agit d'un cas particulièrement grave car il a des complications aux pieds qui supposent des soins particuliers : pansements très fréquents et une surveillance accrue par rapport à

un autre patient atteint de diabète sans cette complication. Ce type de pathologie nécessite parfois une amputation. Au moment du codage du diagnostic, s'il respecte les règles du PMSI, le médecin doit indiquer le diagnostic qui a nécessité l'effort majeur de soins. Il s'agit ainsi du diagnostic connu seulement à la sortie du patient et non à l'entrée dans le service. Or, il est plus facile pour le médecin de coder le diagnostic d'entrée qu'il a posé lorsqu'il a pris en charge le patient. Pour coder, le médecin dispose de la Classification Internationale des Maladies 10^{ème} version (CIM10) et de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM).

Dans le cas de ce patient atteint de diabète compliqué par des problèmes aux pieds¹¹, le médecin, croyant bien faire a codé la pathologie qu'il avait diagnostiquée à l'entrée du malade dans le service, c'est-à-dire le diabète. En codant « diabète » sans indiquer le cas particulier de ce patient (problème de « pied diabétique »), il oriente le séjour vers un groupe de malades (GHM) qui n'est pas le sien. Il minimise ainsi l'activité de son service et de l'établissement pour ce patient et donc minimise également le financement qui sera reçu en contrepartie de ce séjour. L'affectation du séjour du patient dans un groupe homogène de malade sans complication et morbidité associée diminuant d'un tiers à cinquante pour cent selon les cas le tarif attribué à ce séjour.

Ainsi, l'erreur tout à fait involontaire commise par le médecin reproduite dans des centaines de services aura des répercussions sur le *case mix* c'est-à-dire sur l'éventail des cas traités et *in fine* sur le financement de l'établissement (Lenay O. et Moisdon J.C., 2003).

« Je ne suis sûrement pas assez exhaustif sur les comorbidités ; faut-il l'indiquer ? Je ne pense pas car il s'agit déjà d'un GHM très lourd ! » (Médecin service 3 CHU).

Ce médecin estime qu'il ne faut pas exagérer la lourdeur du cas et ainsi prive son établissement du financement associé à la complication et morbidité associée.

La méconnaissance des techniques de codage, l'absence de formation ou d'information maintiennent un flou qui favorise l'ambiguïté de rôle. Ne connaissant pas les objectifs du PMSI, ne lui reconnaissant pas le pouvoir de décrire l'activité médicale, les médecins n'en comprennent pas l'intérêt.

¹¹ Pathologie du « pied diabétique »

3.2.2 *Le PMSI et la T2A génèrent des conflits de rôles*

Les médecins n'ont pas le temps

Depuis la mise en place du PMSI, on demande aux praticiens hospitaliers de remplir en sus des dossiers patients, des fiches (« fiches PMSI ») dont ils ne voient pas l'intérêt. Ceci crée un conflit pour les médecins qui préfèrent passer leur temps à d'autres tâches : soin, enseignement et recherche.

« Nous n'avons pas le temps de remplir tous ces documents » (médecin jouant le rôle du président de CME Centre Hospitalier).

« Cela m'intéresse mais je n'ai pas le temps » (Médecin service 1 CHU).

« Je n'ai vraiment pas le temps et pour tout vous dire ça ne m'intéresse pas trop c'est un travail d'administratif ou de DIM » (Médecin service 1 CHU).

« C'est encore pire depuis la T2A, on n'a plus le temps de rien faire ; on n'a pas les moyens d'avoir un nouveau gynéco, de toutes façons on ne trouverait pas, donc on doit abandonner des activités pour faire du chiffre : formation, chefferie de service... » (Médecin centre hospitalier 2)

« On a déjà passé des jours et des jours en réunion pour l'accréditation on n'a pas le temps de faire le codage » (Médecin jouant le rôle du président de CME CRLC).

« Le PMSI ce n'est pas mon travail ; on me demande de compter et de soigner ! » (Médecin service 2 CHU).

Le temps déjà réduit depuis la loi sur l'aménagement du temps de travail et les trente cinq heures doit être réparti sur une tâche supplémentaire, le codage. Ils préfèrent se consacrer aux malades que passer du temps à une tâche administrative dont ils ne voient pas la finalité et/ ou qui leur semble pouvoir influencer leur pratique dans un sens qui ne serait pas bénéfique au patient. Au cours des deux recherches action menées de 2004 à 2007, c'est-à-dire après la loi

sur l'aménagement du temps de travail et les trente cinq heures, les médecins insistent beaucoup sur cet aspect.

*« Nous n'avons pas le temps de nous occuper du codage, on n'a déjà pas assez de temps avec les trente cinq heures pour soigner les patients comme on le voudrait » (médecin, Centre Hospitalier)
«... si vous voulez, la situation extrême c'est qu'on demande aux médecins d'organiser le service mais on ne leur a pas demandé de participer aux trente cinq heures, au statut, il faudrait le quantifier mais il y a beaucoup de gens qui ont très mal vécu cette période » (Médecin CH1)*

« On est déjà en permanence dérangé par le téléphone, les urgences, on n'a pas le temps pour le codage, il y a déjà tellement d'imprévus » (Médecin CH2)

« Mon principal motif d'insatisfaction c'est le manque de moyens humains lié en partie à la mise en place des trente cinq heures, l'esprit trente cinq heures des secrétariats, des médecins, des internes ; le manque d'effectif médical chronique, on a beaucoup trop de choses à faire à la fois et on ne fait pas à fond ce pour quoi on est fait » (Médecin Centre Hospitalier).

« L'insatisfaction majeure- il ne faut pas le noter- c'est le manque de temps ; l'impression de ne jamais finir ses journées à l'heure des trente cinq heures ! » (Médecin CLCC).

« Le temps qu'on passe à remplir des documents sans être convaincu que cela va servir : prévisions à 3 ans, puis à 1 an, puis à 5 ans » (Médecin Centre Hospitalier).

« Je suis là pour soigner. Pas pour autre chose, surtout pas pour remplir des papiers » (Médecin jouant le rôle de président de la CME Centre Hospitalier).

« Comment allons-nous pouvoir intégrer un temps administratif au temps médical, au temps d'enseignement et au temps de recherche ? Ce temps risque d'être au détriment du temps médical » (chirurgien CLCC).

« Marre de tous ces PMSI, accréditation, T2A. On est écrasé par les charges administratives, les réunions. C'est impossible de continuer comme ça, on manque de personnel, en plus il faut faire la gestion du personnel, la gestion des lits. On n'a pas même pas d'ordi dans le bloc ! » (Médecin jouant le rôle de président de CME CLCC).

Les médecins sont soucieux des dérives du PMSI et de la T2A

Certains médecins craignent ou constatent l'influence néfaste du PMSI et de la T2A.

« Je ne veux pas savoir combien ça coûte car cela va m'empêcher de décider pour mon malade ! » (Médecin service 3 CHU).

« Le PMSI et la T2A risquent d'influencer notre pratique médicale. On finira par faire comme nos collègues du privé » (Médecin CLCC).

« L'autre jour, on reçoit dans le service néonatal que je dirige un nouveau-né venant d'une clinique privée de ... en hélicoptère. Nous sommes en effet un centre de référence au niveau régional. Cet enfant va beaucoup mieux au bout de quelques heures et déjà pendant le transport en hélicoptère son état avait commencé à s'améliorer. Au bout de 24 heures, il allait très bien. On contacte l'établissement pour transférer le bébé auprès de sa mère dans la maternité de ...Là-bas, on refuse : c'était trop tôt ! Dans ce cas là, il aurait s'agi du même séjour. Pour que ce soit un séjour différent et que l'établissement soit payé deux fois, il fallait attendre 48h. On a gardé le bébé. La maman, qui devait se morfondre, n'aura pas su pour quelle raison son enfant avait passé 48 heures loin d'elle !! Ça me scandalise !» (Médecin Centre Hospitalier).

Ainsi les praticiens hospitaliers perçoivent des conflits de rôle que nous avons mesurés et comparés aux résultats obtenus par Comerford et Abernethy (1999).

3.2.3 Ces conflits de rôle s'établissent à un niveau élevé

Le guide d'entretien semi-directif utilisé lors des rencontres de praticiens hospitaliers comprenait une partie sous forme de questionnaire élaborée en référence aux travaux de Comerford et Abernethy (1999). Ces derniers mesurent les conflits de rôle à partir de l'échelle de Rizzo et al. (1970). Dans le tableau ci-après figurent nos résultats ainsi que ceux obtenus par ces auteurs.

	74 médecins	Comerford et Abernethy (1999)	Ecart	Ecart %
Système de but	19,58	22,67	-3,09	-13,63%
Orientation Professionnelle	19,84	22,72	-2,88	-12,68%
Conflit de Rôle	36,8	28,09	8,71	31,01%

Tableau 2 : comparaison des résultats obtenus avec ceux de Comerford et Abernethy 1999

Dans notre échantillon (74 médecins rencontrés avant formation), on constate que le « système de buts » se situe à un niveau sensiblement inférieur à celui obtenu par les chercheurs australiens. Or souvenons-nous que Comerford et Abernethy lors de leur étude de

1999 avaient épuré leur échantillon pour ne retenir que des personnes impliquées dans la budgétisation alors que nous comparons les résultats de ces chercheurs à ceux d'un groupe de médecins qui n'est pas systématiquement concerné par les budgets.

L'orientation professionnelle est également inférieure dans notre échantillon. Elle peut s'expliquer par une plus faible proportion de médecins effectuant de la recherche. En effet seuls les trente trois médecins du Centre de Lutte Contre le Cancer en réalisent couramment alors que c'est possible mais exceptionnel pour les médecins des deux établissements hospitaliers non universitaires.

En revanche, le niveau de conflit de rôle dans notre échantillon avec 36,8 est très supérieur (+31 %) à la référence australienne qui affiche 28,09.

Ainsi, les médecins hospitaliers interrogés ressentent de forts conflits de rôle. Comme nous l'avons vu ces conflits peuvent avoir des conséquences néfastes sur les organisations.

4 Conclusion

Cette recherche met de mettre en évidence cinq résultats principaux.

En premier lieu, elle permet une meilleure connaissance du métier de praticien hospitalier. Il a évolué mais n'a pas fondamentalement changé. En effet, si les médecins ne doivent plus se consacrer exclusivement aux soins, à l'enseignement et à la recherche comme ils le faisaient précédemment, la majeure partie de leur temps est tout de même consacrée aux patients. Toutefois, même si leurs préoccupations sont centrées sur les malades, (leur satisfaction et celle de leurs familles, leur guérison,...) depuis la mise en place du PMSI et plus récemment de la T2A, ils doivent remplir des tâches administratives. Ils considèrent ces tâches comme rébarbatives et regrettent d'y consacrer autant de temps alors qu'ils estiment ne pas s'occuper assez de leurs malades à une époque où les établissements souffrent d'une grave pénurie de médecins et personnel soignant.

Cette recherche permet également de décrire l'évolution du métier. S'agit-il d'une hybridation ou d'une polarisation ? Il semblerait que l'on puisse parler de polarisation qui ne concernerait que les chefs des pôles d'activité médicale. L'hybridation n'interviendra que si tous les médecins s'approprient la gestion or ce n'est pas le cas actuellement. On ne peut assimiler l'obligation qui leur est faite de coder à de la gestion. Et ceci pour deux raisons : d'une part un

certain nombre d'établissements choisissent de centraliser le codage et c'est alors le médecin DIM qui le réalise à partir des indications fournies dans les dossiers des patients. D'autre part, des praticiens délèguent parfois cette tâche aux infirmières voire aux secrétaires médicales.

Nous avons également pu préciser les déterminants des deux dimensions des tensions de rôle. Selon les répondants, l'ambiguïté de rôle est principalement la conséquence du PMSI qu'ils n'ont pas compris, dont on ne leur a pas expliqué les objectifs. La majorité d'entre eux n'a pas été formée, ils ne connaissent pas la technique et commettent des erreurs. Cette formalisation s'est opérée sans suffisamment d'information, de communication ou de formation qui auraient pu atténuer l'ambiguïté de rôle perçue.

Quant aux conflits de rôle, ils sont dans l'échantillon observé, la conséquence conjointe du PMSI et de la T2A et cela pour deux raisons. Tout d'abord, car ils sont chronophages alors que les médecins manquent de temps en raison d'une démographie médicale critique. Ensuite, les répondants craignent qu'ils n'introduisent des dérives dans le codage par la manipulation des données ou pire que certains en arrivent à modifier la prise en charge du patient.

Le dernier résultat de cette recherche est le niveau de conflit de rôle perçu par les soixante quatorze médecins qui ont rempli le questionnaire. Nous avons constaté que les conflits de rôle s'établissaient à un niveau élevé soit plus de trente pour cent au dessus de ceux observés par les auteurs (Comerford et Abernethy, 1999). Or la littérature indique de nombreuses conséquences des conflits de rôle qui sont préjudiciables aux organisations en particulier sur la performance, et surtout sur l'intention de départ, (Bedian et al., 1981), au moment où l'on craint une pénurie de praticiens hospitaliers.

Cette recherche s'inscrit dans une étude plus large des praticiens hospitaliers et comporte des données qui n'ont pas encore été exploitées. Ainsi, le chercheur pourra-t-il emprunter de nombreuses pistes pour ses futurs travaux.

A titre d'exemple, si le conflit de rôle a été observé au travers de méthodes qualitatives et quantitatives, l'ambiguïté de rôle a été identifiée mais n'a pas été mesurée et cela peut correspondre à un futur projet de recherche.

Le matériau réuni ici permettra également de mener des analyses plus approfondies sur les déterminants des conflits de rôles perçus par les praticiens hospitaliers. En particulier, les conséquences de la formation à la gestion sur les conflits de rôle seront recherchées.

5 Bibliographie

- Abernethy, M. et Stoelwinder, J., (1990). Physicians and Resource Management in Hospitals: An Empirical Investigation, in *Financial Accountability and Management*, Spring, vol. 6, n°1.
- Abernethy, M. et Stoelwinder, J., (1991). Budget Use, Task Uncertainty, System Goal Orientation and Subunit Performance: A Test of the "Fit" Hypothesis in Not-For-Profit Hospitals, in *Accounting, Organizations and Society*, vol. 16, n° 2.
- Abernethy, M. et Stoelwinder, J., (1995). The Role of Professional Control in the Management Complex Organizations, in *Accounting, Organizations and Society*, vol. 20, n°1.
- Aranya, N., Ferry, K.R., (1984). A reexamination of accountants' organizational professional conflict, *The Accounting Review*, vol. 59, n°1, p.1-15.
- Bedeian A. G., Armenakis A. A., (1981), , *Academy of Management Journal*, vol. 24.
- Berland, N., (2004), *Mesurer et piloter la performance*, Editions de la performance, Paris, , 240 p.
- Blau, P.M., (1968). The hierarchy of authority in organizations, *American Journal of Sociology*, 73: 453-467.
- Chua, W. F. et Degeling, P., (1991), *Information Technology and Accounting in the Accomplishment of Public Policy – A Cautionary Tale*, *Accounting, Management and Information Technology*, vol. 1, n°2.
- Comerford, S.E. et Abernethy, M.A., (1999), *Budgeting and the management of role conflict in hospitals*, *Behavioral Research in Accounting*, , vol. 11 pp.93-110.
- Copur, H., (1990). *Academic Professionals: A Study of Conflict and Satisfaction in Professoriate*, *Human Relations*, Feb, vol. 43, Iss. 2; New York.
- Covaleski, M. A., Dirsmith, M.W., Michelman, J.E., (1993). An Institutional theory perspective on the DRG framework, case-mix accounting systems and health-care organizations, *Accounting, Organization and Society*, Volume 18, Issue 1, 65-80.
- Fisher, C.D., Gitelson, R., *A meta-analysis of the correlates of role conflict and*
- Fournier, C., 1995, *L'ambiguïté du rôle des chefs de rayon dans un contexte de changement organisationnel: une étude de cas*, *Centre de Recherche en Gestion des Organisations, Marketing*.
- Halgand N., (2003), *L'accréditation hospitalière : contrôle externe ou levier de changement*, *Revue Française de Gestion*, vol. 29. 147, p.219-231.
- Hatchuel , A. (1986). *Archétypes et interventions dans le savoir gestionnaire*, Paris : ENSMP.
- Hood, C.,1995. *The New Public Management in the 1980's: variation on a theme*. *Accounting, Organisation and Society*, Vol. 20, No 2/3, 93-100.
- Hopwood, A., (1984), *Accounting and the pursuit of efficiency*. In Hopwood, A. et Tomkins, C., Editors, *Issues in Public Sector Accounting*, Philip Allan, Oxford.

- Jackson and Schuler, (1985) A Meta-Analysis of the Relationships Between Role Ambiguity, Role Conflict, and Job Performance, *Journal of Management*, vol. 26, n°1, 155-169.
- Jacobs, K., 2005, Hybridization or polarization: Are doctors becoming accountants?, *Financial Accountability and Management*, vol. 21, n°2, p.135-162.
- Jackson, S.E., Schuler, R.S., A meta-analysis and conceptual critique of research on role ambiguity and role conflict en work settings. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, Volume 36, Issue 1, 16-78.
- Kahn, R.L., Wolfe, D.M., Quinn, R.P., Snoek, J.D., Rosenthal, R.A., 1964, *Organizational stress: studies in role conflict and ambiguity*, John Willey & Sons Inc, New York, p. 360.
- Katz, D., Kahn, R., 1978, *The social psychology of organizations (2nd Ed.)*, New York: John Wiley & Sons.
- Kemery, E.R., Bedeian, A.G., Mossholder, K.W., Touliatos, J., 1985, Outcomes of role stress: A multi-sample constructive replication, *Academy of Management Journal*, 28: 363-375.
- King L.A., King, D.W., 1990, Role Conflict and Role ambiguity: a critical assessment of construct validity, *Psychological Bulletin*, 107.
- Kraymer, K.J., (1986). Using Training to Reduce Role Conflict and Ambiguity, *Training Development Journal*, 40, 49-52.
- Kurnumäki, L., (2004), A Hybrid Profession: The Acquisition of Management Accounting Expertise by Medical Professionals, *Accounting, Organizations and Society*, vol. 29, Nos. 3–4.
- Kurnumäki, L., Lapsley, I., Melia, K., 2003. Accountingization v. legitimation: comparative study of the use of accounting information in intensive care, *Management Accounting Research*, Vol. 14, No. 2,
- Lee, C., et Schuler, R.A., 1982. A constructive replication and extension of a role and expectancy perception model of participation in decision making, *Journal of Occupational Psychology*, , 55, 109-118.
- Lenay, O., Moisdon, J.-C., Du système d'information médicalisée à la tarification à l'activité, trajectoire d'un instrument de gestion du système hospitalier, *Revue Française de Gestion*, 2003, vol. 29/146, p. 131-141.
- Loubès, A., (1997). Contribution à l'étude des tensions de rôle des agents de maîtrise en milieu industriel – une étude empirique. Doctorat en Sciences de Gestion, Université de Montpellier II.
- Miles, R.H, Perreault, W.D., (1976). Organizational role conflict: its antecedents and consequences. *Organizational Behavior and Human Performance*, Volume 17, Issue 1, 19-44.
- Modway, R.T., Porter, L.W., Steers, R.M., 1982, *Employee-organization linkages : The psychology of commitment, absenteeism, and turnover*, New York: Academic Press.

- Moisdon, J-C. (1984). Recherche en gestion et intervention. *Revue Française de Gestion* 48 (5) : 61-73
- Morris, J.H. et Koch, J.L., (1979). Impacts of role perceptions on organizational commitment, job involvement, and psychosomatic illness among three vocational groupings, *Journal of Vocational Behavior*, 14, 88-101.
- Nicholson, P.J., Jr., Goh, S.C., (1983). The relationship of organization structure and interpersonal attitudes to role conflict and ambiguity in different work environments, *Academy of Management Journal*, 26, 148-155.
- Nobre, T., (1998). Management de la valeur et pouvoir dans l'hôpital, *Finance Contrôle Stratégie*, vol. 1, n°2, juin 1998, p. 113-135.
- Nobre, T., (2001). Management hospitalier: du contrôle externe au pilotage, apport et adaptabilité du tableau de bord prospectif, *Comptabilité-Contrôle-Audit*, Tome 7, vol. 2, novembre 2001, p.125-146.
- Organ, D.W., Greene, C.N., (1981). The effects of formalization on professional involvement: A compensatory process approach, *Administration Science Quarterly*, 26, 237-252.
- Ouchi, W., G., Price R., L., (1978). Hierarchies, clans and theory Z: A new perspective on organization development, *Organizational Dynamics*, Volume 9, Issue 2, Autumn, 25-44.
- Perrow, C., (1979). *Complex Organizations*, Random House, New York.
- Podsakoff, PM, Todor, WD, Williams, LJ, (1986). "Effects of organizational formalization on alienation among professionals and non professionals, *Academy of Management Journal*, 29: 820.
- Raelin, J.A., (1991). *The Clash of Cultures: managers managing professionals*, Boston: Harvard Business School Press.
- Rizzo, J.R., House, R.J., Lirtzman, S.I., (1970). Role conflict and Ambiguity in Complex Organizations, *Administrative Science Quarterly*, 15, 150-163.
- Rogers, D. L., & Molnar, J. (1976). Organizational antecedents of role conflict and ambiguity in top level administrators. *Administrative Science Quarterly*, 21, 598 - 610.
- Schuler, R.S., (1975). "Role perceptions, satisfaction and performance: a partial reconciliation", *Journal of Applied Psychology*, vol. 60, 683-687.
- Schuler, R.S., (1977). Aldag, R.J., Brief, A., Role conflict and ambiguity: a scale analysis, *Organization Behaviour and Human Performance*, vol. 20, p. 111-128.
- Schuler, R.S., (1980). A role and expectancy perception model of participation in decision making, *Academy of Management Journal*, vol. 23, p.331-40.
- Scott, W.R., (1966). Professionals in Bureaucraties: Areas of Conflict, Professionalization, H.M. Vollmer and D.L. Mills, eds. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall 265-275.