



HAL
open science

“ GARDER OU TOMBER LA BLOUSE ” le rôle pour analyser le changement

F. Burellier, A. Valette

► **To cite this version:**

F. Burellier, A. Valette. “ GARDER OU TOMBER LA BLOUSE ” le rôle pour analyser le changement. 2009, 21 p. halshs-00516343

HAL Id: halshs-00516343

<https://shs.hal.science/halshs-00516343>

Submitted on 9 Sep 2010

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.



www.cerag.org

Centre d'Études et de Recherches Appliquées à la Gestion_ U.M.R. C.N.R.S. 5820

CAHIER DE RECHERCHE n°2009-06 E1

« Garder ou tomber la blouse » : le rôle pour analyser le changement.

BURELLIER Franck, VALETTE Annick



Unité Mixte de Recherche CNRS / Université Pierre Mendès France Grenoble 2
150 rue de la Chimie – BP 47 – 38040 GRENOBLE cedex 9
Tél. : 04 76 63 53 81 Fax : 04 76 54 60 68



« GARDER OU TOMBER LA BLOUSE » LE ROLE POUR ANALYSER LE CHANGEMENT

Franck Burellier
UPMF / IAE de Grenoble / CERAG

Annick Valette
UPMF / UFR ESE / CERAG

CERAG - Université Pierre Mendès France - CNRS 150, rue de la Chimie
BP 47 38040 Grenoble Cedex 9 - Tél : 06 03 92 05 27 - Fax : 04 76 54 60 68

Résumé :

Les organisations professionnelles publiques sont soumises à des changements impulsés par « le haut ». Elles sont composées de professionnels dont l'autonomie d'exécution et de conception, peut être considérée comme la pierre angulaire de leur fonctionnement. Dans ces conditions, la question de la mise en œuvre du changement présente un enjeu tout à fait particulier. L'actualité brûlante, tant universitaire qu'hospitalière, est là pour nous la rappeler. Elle justifie la recherche d'outils de conceptualisation adaptés pour penser ce changement. Nous nous essayons ici à une approche par les rôles en nous appuyant sur une réforme de l'hôpital public en cours. Depuis 2007, les hôpitaux publics français doivent restructurer leur organisation interne. A cette occasion, de nouvelles fonctions ont été instaurées, dont celle de médecin responsable de pôle, supposé être à la fois médecin et gestionnaire, plus que ne l'était le « chef de service ». Par un travail d'analyse qualitative privilégiant une approche subjective, nous cherchons à regarder dans quelle mesure les médecins se réapproprient ou pas leurs nouveaux rôles. En nous aidant du travail de Nicholson (1984), nous concluons qu'il existe quatre situations types : réplication, détermination, absorption, et exploration, qui combinent différemment « évolution des rôles »/« évolutions des individus ». Il existe ainsi dans un même établissement une variété d'appropriation réfutant l'hypothèse de conflit endogène entre pratique de management et pratique clinique, ou celle d'un changement pour lequel la décision politique se suffirait à elle même. Certaines situations peuvent apparaître plus favorables aux organisations que d'autres mais exigent alors un accompagnement jusqu'alors lacunaire. La notion de rôle, bien que difficile à opérationnaliser, peut permettre de prendre en compte ce qui fait la spécificité de ces organisations : une activité au cœur d'une interaction entre organisation formelle, pairs, et individus « encastrés » dans une profession, une histoire.

Mots clés :

Rôle, Gestion du changement, Organisation professionnelle, Hôpital.

« GARDER OU TOMBER LA BLOUSE » LE ROLE POUR ANALYSER LE CHANGEMENT

Résumé :

Les organisations professionnelles publiques sont soumises à des changements impulsés par « le haut ». Elles sont composées de professionnels dont l'autonomie d'exécution et de conception, peut être considérée comme la pierre angulaire de leur fonctionnement. Dans ces conditions, la question de la mise en œuvre du changement présente un enjeu tout à fait particulier. L'actualité brûlante, tant universitaire qu'hospitalière, est là pour nous la rappeler. Elle justifie la recherche d'outils de conceptualisation adaptés pour penser ce changement. Nous nous essayons ici à une approche par les rôles en nous appuyant sur une réforme de l'hôpital public en cours. Depuis 2007, les hôpitaux publics français doivent restructurer leur organisation interne. A cette occasion, de nouvelles fonctions ont été instaurées, dont celle de médecin responsable de pôle, supposé être à la fois médecin et gestionnaire, plus que ne l'était le « chef de service ». Par un travail d'analyse qualitative privilégiant une approche subjective, nous cherchons à regarder dans quelle mesure les médecins se réapproprient ou pas leurs nouveaux rôles. En nous aidant du travail de Nicholson (1984), nous concluons qu'il existe quatre situations types : répliation, détermination, absorption, et exploration, qui combinent différemment « évolution des rôles »/« évolutions des individus ». Il existe ainsi dans un même établissement une variété d'appropriation réfutant l'hypothèse de conflit endogène entre pratique de management et pratique clinique, ou celle d'un changement pour lequel la décision politique se suffirait à elle même. Certaines situations peuvent apparaître plus favorables aux organisations que d'autres mais exigent alors un accompagnement jusqu'alors lacunaire. La notion de rôle, bien que difficile à opérationnaliser, peut permettre de prendre en compte ce qui fait la spécificité de ces organisations : une activité au cœur d'une interaction entre organisation formelle, pairs, et individus « encadrés » dans une profession, une histoire.

Mots clés :

Rôle, Gestion du changement, Organisation professionnelle, Hôpital.

Introduction

Notre réflexion porte sur l'enrôlement des médecins dans des activités gestionnaires. Elle s'inscrit dans celle plus vaste de la gestion du changement dans les organisations professionnelles. Souvent promulgués par des tutelles extérieures, appliqués à grande échelle, les changements touchent des professionnels attachés aux valeurs de libre arbitre, de responsabilité individuelle. La manière dont les individus s'approprient ce changement est alors la pierre angulaire de la transformation des organisations. Les travaux optant pour cet angle d'attaque sont pourtant peu développés. La réflexion proposée ici, en faisant l'hypothèse que la compréhension et l'explication des comportements individuels participent à la construction des solutions de gestion, s'inscrit pleinement dans une approche de type « comportement organisationnel » (Gilbert et al, 2005).

Nous avons choisi d'explorer un outil conceptuel spécifique, le rôle, pour avancer dans l'analyse. Le rôle partagé avec le poste ou la fonction, une approche par l'activité, mais son enracinement théorique est plus important. Le rôle est la résultante d'interactions entre un individu et son contexte d'action. Le contexte d'action n'est pas défini a priori. Toutefois, qu'il soit fait de règles ou d'individus, il se traduit par des attentes à l'égard des individus. Nous verrons plus loin que selon les approches, l'accent est mis sur les déterminants du contexte d'action, sur l'interaction ou sur la manière dont les individus composent avec les attentes. Nous privilégions la troisième approche d'inspiration psycho-organisationnelle.

Nous étudions une réforme en cours, la réorganisation interne des hôpitaux par pôles d'activité. Ces pôles, constitués à partir de regroupement de services, sont des entités de mutualisation des ressources et de déconcentration de la gestion. Ils sont dirigés par des médecins responsables de pôles, supposés être à la fois cliniciens et gestionnaires. Si cette réforme n'a pas donné lieu à contestation lors de son application en 2007, elle participe à ce qui a été dénoncé fortement lors des récents mouvements : la « managérialisation » de l'hôpital, repris sous le terme « d'hôpital-entreprise », et le renversement des liens de dépendance entre médecins et gestionnaires (puisque la loi Bachelot prévoyait que les responsables de pôles soient nommés par le Directeur, autonome dans son choix).

Notre objectif est double. Nous cherchons tout d'abord à regarder dans quelles mesures les médecins s'approprient ou pas leurs nouveaux rôles. Réfutant l'hypothèse posée a priori de conflits endogènes à ces deux rôles qui compromettrait inévitablement le changement, ou celle de solution miracle qui résoudrait les contradictions constitutives de ces organisations, nous nous attendons à observer une variété de situations. Il nous importe alors de donner du sens aux variétés rencontrées. Ce travail d'analyse qualitative nous donne l'occasion de nous interroger sur les apports et les limites de la notion de rôle. C'est notre second objectif. Pour ce faire, nous précisons le cadre d'analyse construit autour de la notion de rôle, puis nous présenterons les premiers résultats recueillis à partir de 14 entretiens menés dans un même CHU, pour proposer enfin des éléments de discussions.

Construction du cadre d'analyse

Une approche par les rôles

La notion de rôle emprunte à la métaphore théâtrale. Une pièce de théâtre est à la fois le produit d'éléments non liés aux individus comme le scénario, le script, les décors, et de

l'interprétation individuelle et collective des acteurs. Le rôle saisit le tout. Mobilisé hors du théâtre, le rôle est un moyen commode pour parler des comportements humains inscrits dans un système social. Cette notion est particulièrement intéressante pour saisir des situations qui sont le produit d'interactions entre un individu, un collectif de travail et une organisation formelle. Si ces situations se rencontrent dans toutes les organisations, elles nous semblent particulièrement emblématiques des organisations professionnelles parce que l'influence des spécificités individuelles y est plus forte qu'ailleurs. La notion de rôle, à l'intersection de la sociologie et de la psychologie, est mobilisée en sciences sociales depuis fort longtemps, dans des acceptions qui restent toutefois différentes. Cette polysémie ne doit pas être considérée comme une faiblesse mais comme le signe que la notion a des vertus autant pragmatiques qu'analytiques. En nous aidant du travail fait par Biddle (1986) et de celui de Rogard (2005), nous pouvons dresser le panorama suivant des différentes conceptions.

Les approches fonctionnalistes et structuralistes, institutionnelles : le rôle comme forme de contrainte

Les premières mettent l'accent sur la contrainte exercée sur les comportements individuels par le collectif. L'approche fonctionnaliste diffusée en particulier par Parsons (1951) et Merton (1957), définit le groupe comme une structure de positions et de rôles. Le rôle est alors un ensemble d'attitudes, de valeurs et de comportements que la société assigne à toutes les personnes qui occupent un statut donné, dans un système considéré comme stable. C'est ce que l'individu doit faire pour valider sa présence dans ce statut. Toute personne est conduite à jouer plusieurs rôles. L'approche structurelle, qui puise dans l'ethnologie a de grandes proximités avec l'approche fonctionnaliste en insistant, elle aussi, sur le poids du groupe dans la définition des rôles. L'accent est toutefois mis sur la manière dont se déterminent les rôles les uns par rapport aux autres, plus que sur le rôle lui-même. Un prolongement plus récent, appliqué aux organisations, nous semble pouvoir être trouvé dans la perspective néo-institutionnelle (par exemple, Barley et Tolbert, 1997). L'hypothèse fondamentale est que le rôle est une « institution intermédiaire » entre la société et les individus. Il est le produit de normes, de standards qui, à un moment donné, s'imposent aux individus, comme aux organisations. S'y conformer va de soit. Il est nécessaire de le faire pour rester légitime. S'en écarter n'est pas impossible mais coûteux et exige d'être dans des positions particulières. Toutefois, dans le temps, parce que les individus font un travail d'interprétation, de mise en acte, ils peuvent contribuer pas à pas à son évolution. Cette évolution peut conduire, sous certaines conditions, à une « ré-institutionnalisation » d'un rôle transformé.

L'approche interactionniste-symbolique : le rôle comme produit de l'interaction

Quoique de manière très différente, l'interactionnisme symbolique diffusée par Mead (1934), puis par Goffman (1959), et repris par Turner (1978), mobilise aussi la notion de rôle. Le rôle n'est pas ici enraciné dans une culture et des valeurs d'un groupe social mais se construit dans l'interaction sociale. Il n'y a pas de rôle sans partenaire. Il n'y a ainsi pas de médecins sans patients. Les individus jouent alors un rôle en fonction de ce qu'ils perçoivent être les attentes d'autrui. Le rôle est un vecteur d'ajustement entre les personnes, que les individus adoptent le rôle ou, au contraire, s'en démarquent. Les interactionnistes s'entendent pour dire qu'il existe des schémas de rôles, ou des rôles sociaux types appris au fil des interactions. Goffman a mis, lui, l'accent sur le fait qu'au delà de ces schémas de rôles, ou rôles sociaux, il est important de considérer que chaque interaction produit des rôles de manière singulière. Finalement, alors que l'approche fonctionnelle ou structuraliste suppose que le rôle existe parce qu'il y a consensus autour de certaines normes, les interactionnistes leur opposent l'importance de la

négociation dans la construction des rôles, et plus largement dans la formation d'un certain « ordre social ».

L'approche psycho-organisationnelle : tensions et transition de rôle

L'approche la plus couramment mobilisée en gestion est celle de la perspective psycho-organisationnelle qui s'est construite en particulier autour des travaux de Kahn (1964). Grima (2007), à la suite d'Alis (1997), souligne d'ailleurs que tous les travaux français sur le rôle puisent chez cet auteur. La notion de rôle est mobilisée dans un périmètre circonscrit, celui de l'organisation formelle faite de tâches prescrites, de hiérarchies et d'individus inscrits dans différents groupes sociaux. Toutes les approches stipulent que les individus sont conduits à jouer plusieurs rôles. Ici, les tensions générées par cette pluralité sont au cœur de l'analyse. Elles sont présentes dans la plupart des travaux français (Alis 1997 ; Loubes, 2002 ; Grima, 2007, Loubet 2007). La tension distingue les « ambiguïtés de rôles », situations dans lesquelles la mauvaise définition des rôles va contribuer à « perdre » l'acteur au sein de ses activités, des « conflits de rôles », où l'incompatibilité des différentes activités va placer l'individu dans une situation de dissonance cognitive. Les tensions, selon les auteurs, sont jugées défavorablement et sont analysées en fonction des dysfonctionnements qu'elles entraînent ou, au contraire, sont considérées sans *a priori* et l'accent est alors mis sur l'accommodation qu'en font les individus. Les travaux français ont en particulier analysé les tensions entre rôles attendus par le client et rôles attendus par la hiérarchie (Alis 1997 ; Grima, 2007) pour envisager les impacts sur différents paramètres organisationnels (implication, départ, performance) et sur la manière dont les individus font face à ces conflits.

Concernant les médecins hospitaliers, Loubet (2007) illustre les tensions et conflits nés de l'hybridation des rôles des médecins partagés entre la clinique et la gestion. Elle fait l'hypothèse d'un conflit *a priori*, quelque soit le médecin. Elle en souligne les désavantages pour l'individu. De manière différente, Givern et al. (2006), à partir du cas anglais, suggèrent que les facteurs individuels et organisationnels peuvent influencer la capacité à tenir ce double rôle. Ils distinguent en particulier les hybrides « stratégiques » qui s'emparent de ce double rôle pour servir leur carrière, la dualité étant jugée favorablement, des hybrides accidentels, poussés par leur organisation, qui le perçoivent comme dysfonctionnel parce qu'éminemment contradictoire. Un peu dans la même logique, Burellier (2008) identifie le « travail » de réconciliation mené par les acteurs, et les compromis stratégiques qui s'en suivent pour ne pas perdre de pouvoir dans l'organisation.

Une autre manière tout à fait répandue de mobiliser la notion de rôle, est de le rattacher à la problématique de la transition. La perspective est dynamique. L'hypothèse est faite que, pour tenir un nouveau rôle, il faut avant tout pouvoir changer de rôle. Jaujard et Paraponaris (2007), à la suite de Bridges (1991), soulignent que ce sont les transitions de rôles qui font échouer ou pas les transformations. Les travaux sur les transitions de rôle présentent une grande proximité avec ceux portant sur les transitions de carrière. S'intéresser aux transitions de rôle, c'est s'intéresser à la socialisation (comment apprend-on un nouveau rôle ?). C'est aussi porter attention aux questions d'identité (dans quelle mesure le nouveau rôle vient-il remettre en cause les définitions de « soi » ?). 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 », lorsque deux rôles sont tenus successivement, et micro, lorsque deux rôles sont tenus simultanément.

Le positionnement choisi

Que retenons du développement qui précède pour notre étude ? Quelque soit l'approche, le rôle est représenté comme la résultante d'interactions entre un individu et son contexte d'action. L'approche par les rôles peut privilégier l'étude des modalités de construction des rôles ou celui de l'étude de l'individu dans un rôle. Dans le premier cas peuvent être étudiés les facteurs déterminants du contexte ou les interactions. Dans le second, l'accent est mis sur les modalités d'ajustement des individus. Notre choix d'entrée dans le sujet correspond à la seconde et s'inscrit donc plus spécifiquement dans la perspective psycho-organisationnelle. L'étude peut être dynamique, elle s'intéresse alors aux évolutions à moyen terme des rôles ou au « travail » des individus aux prises avec des attentes), ou statique (l'accent est alors mis sur la manière dont les individus réagissent aux attentes de leurs contextes d'action). Les données dont nous disposons pour le moment nous invitent à faire une analyse « plus ou moins » dynamique. Nous n'avons pas encore les données disponibles pour suivre les médecins au fil du temps. Nous nous intéressons en revanche à ce qu'ils disent avoir fait évoluer dans leur travail et leurs conceptions sur du court terme (moins de deux ans).

Nous définissons ici le rôle comme un ensemble de comportements observables qui possèdent des caractéristiques types, partagées par un nombre suffisamment grand de personnes pour qu'on puisse parler de rôle au-delà d'un individu singulier. On est alors proche de la notion de schéma de rôle proposé par les interactionnistes. Nous parlerons ainsi du rôle de médecins responsables de pôles parce qu'ils partagent des comportements communs. Par rapport à la notion de fonction ou de poste, la notion de rôle est plus floue mais plus riche. Le poste ou la fonction désigne le comportement tel qu'il est structuré par l'organisation hiérarchique. L'organisation hiérarchique ou formelle participe à la définition du rôle, mais elle n'est pas la seule. Le collectif de travail en est un autre, ainsi que l'ensemble des normes ou croyances qui entourent l'individu. Nous ne supposons pas *a priori* la prédominance d'un de ces facteurs sur les autres. La manière de décrire le rôle est alors très contingente. L'idée que les attentes génèrent des rôles est présente dans les différentes approches mais suppose que l'attente soit associée à un désir ou une nécessité de conformité. La conformité est ainsi au cœur de notre recherche. A ce premier stade d'analyse, nous souhaitons regarder dans quelle mesure les médecins se conforment ou pas aux rôles attendus ou prescrits, sans nous intéresser aux raisons de cette conformité, ou non-conformité, mais plutôt aux effets qu'elle produit.

L'approche de Nicholson : un cadre d'analyse de l'interaction

Nicholson (1984) s'est intéressé aux transitions de rôle en milieu de travail, en partant du principe qu'il n'y a pas forcément accord entre les attentes liées au nouveau rôle, qu'il place du côté de l'organisation, et ce que « sont » les individus avant de tenir ce rôle. Il articule ainsi son questionnement autour de la conformité en s'intéressant aux processus d'ajustements dans les situations de non-conformité. Pour lui, l'alternative se présente ainsi : s'adapter pour rencontrer les exigences de l'organisation ou manipuler son environnement pour satisfaire les exigences et caractéristiques personnelles. Ces deux processus sont considérés comme indépendants. Il définit à partir de là quatre types d'ajustements qui sont envisagés du point de vue de l'individu. Cette grille d'analyse nous semble être intéressante pour une mise en perspective de nos données :

- *La répliation* : Il y a, à la fois, peu d'ajustement personnel et peu d'efforts pour faire évoluer le rôle. L'individu, tel qu'il est, prend le rôle sans chercher à le transformer.

On a alors deux cas de figure : soit il n'y a pas de tensions initiales, c'est-à-dire qu'il y a conformité entre les attentes et les individus, soit il y a tensions, conflits, entre les attentes et ce que sont les individus. On peut prédire du stress, des départs, des difficultés d'organisation et de gestion des ressources humaines.

- *L'absorption* : L'individu transforme ses cadres de références tandis que les efforts pour faire évoluer les rôles sont faibles. Les individus s'adaptent aux attentes, quitte à faire évoluer fortement de ce qu'ils sont. Finalement, dans ce cas là, la charge de l'adaptation revient aux individus. On peut imaginer que, du point de vue de l'organisation, c'est la situation souhaitée à court terme, même si elle se prive alors de la capacité de création des individus.
- *La détermination* : L'individu produit un effort important pour transformer le rôle tandis que lui-même conserve son cadre de référence. Les individus façonnent leur rôle en fonction de qu'ils sont. Si le changement a été amorcé par la transformation des rôles, ce processus peut être analysé comme du non-changement. Les individus ont alors à cœur de ne pas subir ce changement en s'efforçant de reproduire ce qu'ils sont. Dans une vision plus dynamique, on peut aussi faire l'hypothèse que, par la transformation des rôles, l'organisation bénéficie des compétences et des intérêts des individus. La charge de l'adaptation revient alors à l'organisation qui doit apprendre des initiatives individuelles.
- *L'exploration* : Il y a un ajustement mutuel du rôle et des individus. Par rapport aux attentes, le rôle est transformé mais l'individu se dirige aussi vers une transformation de lui-même. Le rôle transforme l'individu en même temps que l'individu fait évoluer le rôle. On peut imaginer que l'on se situe alors dans une position intermédiaire, où chacun a fait un bout de chemin, ou, pour être conforme au sens donné par Nicholson, dans une position totalement inédite où individu et rôle ont trouvé un compromis d'ajustement éloigné des positions de départ.

Cette grille d'analyse est séduisante pour tenter de donner du sens à nos matériaux de terrain. Si elle est simple, elle a le mérite de faire de la conformité et du conflit une situation possible parmi d'autres. Elle pose toutefois un certain nombre de questions de mise en œuvre qualitative. L'une d'entre elle est l'opérationnalisation des notions de caractéristiques personnelles et de caractéristiques de rôle. Nicholson approche les caractéristiques personnelles de manière très large par l'identité, les valeurs, les compétences, les cadres de références, les styles de vie. Ashforth et Sakes (1995), ont repris cette grille dans un travail quantitatif ultérieur et les résumant par deux items : les valeurs (qu'est-ce qui est important?) et la personnalité (quelle sorte de personne suis-je ?). De même, Munton et West (1995), les opérationnalisent par les valeurs, les attitudes, les objectifs de carrière, et les personnalités. Concernant les caractéristiques de rôle, Nicholson les définit comme un ensemble de tâches, de méthodes, de matériaux, d'agendas, et de définitions de la performance. Elles sont approchées par Ashforth et Sakes par les objectifs et les méthodes, et par Munton et West par les tâches, les compétences, les méthodes, et les contacts sociaux.

Nous nous situons dans une démarche qui reste à la fois qualitative et exploratoire pour laquelle nous ne souhaitons pas enfermer des définitions de « soi » et de « rôle » dans des définitions trop restrictives. C'est là le mérite de l'approche qualitative que de laisser ouverte les définitions et de pouvoir recueillir le sens donné par les acteurs eux-mêmes. Nous avons alors « codé » dans les discours des acteurs, sous le thème « caractéristiques individuelles »,

les éléments des entretiens se référant à ce que ces personnes sont, aux groupes auxquels elles appartiennent, au sens qu'elles donnent aux choses, ou à leurs compétences. Le « développement de l'individu » est estimé par ce que les individus disent avoir changé dans leur « soi », ou tout autre des paramètres évoqués précédemment. Nous avons « codé » sous le thème « rôle » les éléments des entretiens se référant au travail et au comportement prescrits aux responsables de pôle, aussi bien par l'organisation hiérarchique que par les personnes avec qui ils interagissent. Nous identifions comme « développements de rôle », les écarts observés entre ce que les responsables de pôle font réellement, et ce que l'on attend d'eux.

Les leçons de l'étude de terrain

Le contexte

En 2003, le gouvernement français a lancé le plan « Hôpital 2007 ». Cette réforme du système de santé public comporte trois volets, dont l'un vise à restructurer en interne les hôpitaux. Les deux autres sont la réforme de la tarification (le plus important) et un plan d'investissement. La restructuration consiste à regrouper des services sous la forme d'entités plus importantes, dénommées pôles d'activité. Ceux-ci doivent renforcer la transversalité entre disciplines cliniques, faire réaliser des économies de masse (en termes de personnel, de matériel, de projet,...), et permettre une délégation de gestion. Ils sont associés à des systèmes de contractualisation interne. A la tête de ces pôles, sont nommés des médecins chefs de pôles travaillant en collaboration avec un responsable administratif et un responsable paramédical.

Notre étude a été conduite sur un Centre Hospitalier Universitaire (CHU). 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. Il a également une mission d'enseignement et recherche, qui mobilise du personnel supplémentaire. Les médecins-enseignants-chercheurs ont une triple activité, la pratique clinique, l'enseignement et la recherche (correspondant aux grades de MCU-PH : Maître de Conférence des Universités-Praticien Hospitalier ; et PU-PH : Professeur des Universités-Praticien Hospitalier). Par rapport aux autres hôpitaux, les CHU ont des lignes hiérarchiques plus longues et plus complexes, avec plusieurs structures internes (pôle, département, service, clinique,...), et plusieurs niveaux d'encadrement (responsable de pôle, chef de département, chef de service, chef de clinique,...). Ils sont actuellement au nombre de 29 en France¹.

Le CHU étudié dispose de 2 000 lits, et compte environ 9 000 personnes en fonction, dont 1500 médecins et apparentés. La mise en place des pôles a débuté en 2006 par une phase qualifiée de « pré-pôles », durant laquelle les personnels fonctionnels et les futurs responsables de pôles ont réfléchi aux modalités de leur mise en œuvre : délimitation des logiques et des activités, formalisation de la procédure de nomination des responsables, rédaction des nouvelles fiches de poste, lancement des actions de formation, prévision des contrats de pôle,... Concrètement, 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), des pôles médico-techniques (6), et des pôles administratifs et logistiques (6).

¹ <http://etablissements.fhf.fr/annuaire/statistiques.php?item=structures>

Chacun de ces pôles 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). Les médecins responsables de pôle ont été nommés selon une procédure relativement floue, où ni les critères de sélection (compétences, expérience de la structure, statut,...), ni le « sens » de la démarche (candidature des volontaires vs désignation « forcée ») n'ont été effectivement certifiés au cours de nos entretiens. Leurs premières semaines de prise de fonction ont été accompagnées de formations, visant surtout à leur expliquer la réforme et son sens. Des outils de suivi de l'activité ont été conférés aux responsables, mais sont, selon nos entretiens, davantage utilisés par les assistants soignant et administratif du médecin. Le contrat de pôle, sensé engager le responsable de pôle à l'égard de la Direction générale sur les objectifs d'activité, n'a pas été signé dans tous les pôles en 2007, certains responsables n'ayant été finalement désignés que plus tardivement. En 2008, cette contractualisation a cependant eu lieu.

Attributions clés du responsable médical de pôle (extrait de la fiche de poste)

- Préside le conseil de pôle qui élabore le projet de pôle
- Organise le fonctionnement technique du pôle
- Exécute et évalue le contrat de pôle
- Dispose d'une délégation de gestion : répartition emplois médicaux, mobilité des emplois non médicaux au sein du pôle, gestion de certains crédits (par ex enveloppe remplacement personnel)
- Nomme les responsables de cliniques et d'unité
- Coordonne les actions qualité, gestion des risques, évaluation des pratiques professionnelles
- Négocie les priorités de l'enveloppe budgétaire, participe à l'arbitrage dans la répartition des enveloppes, aux choix d'investissements.
- Elabore (avec les deux autres responsables) le plan de formation

Méthodologie de la recherche

Nous avons réalisé une série d'entretiens semi-directifs avec 14 des 17 responsables des pôles cliniques et médico-techniques. Ces entretiens portaient sur nos interrogations théoriques à propos du rôle, de sa perception, de son évolution, et des identités qui se cachent derrière. Ainsi, des questions ont été posées sur la carrière de ces acteurs (évolution de postes, formations suivies, position du conjoint,...), leur accession au poste de responsable de pôle (motivation et procédure), leur perception de leur nouveau rôle, leur appréciation des nouvelles activités de gestion (nature, intérêt, importance, difficultés,...), leur évolution dans le rôle, ainsi que sur les valeurs qu'ils attachent à leur travail. Ces entretiens ont eu une durée moyenne d'environ 1h15. Les personnes que nous avons rencontrées sont extrêmement chargées au niveau de leur travail quotidien (certaines avouant ne plus savoir ce qu'est un week-end). Comprendre qui elles sont nous semble important pour bien saisir le contexte de cette recherche, ainsi que les personnalités auxquelles nous avons eu affaire. Le tableau 1 (page suivante) donne quelques renseignements supplémentaires sur ces 14 responsables de pôle. Au final, nous avons utilisé la grille d'analyse de Nicholson (1984) pour catégoriser les 14 situations observées selon les quatre types d'ajustement présentés plus haut : réplique, absorption, détermination, et exploration.

Tableau 1. Récapitulatif d'informations sur les responsables de pôle du CHU

Sexe	Homme	Femme	Homme	Homme	Homme	Homme	Homme	Homme	Homme	Homme	Homme	Homme
Tranche d'âge	60 et +	55-60	60 et +	60 et +	55-60	55-60	55-60	55-60	Pas assez d'informations	55-60	Pas assez d'informations	60 et +
Statut	PUPH	PUPH	MCUPH	PUPH	PUPH	PUPH	PUPH	PUPH	PUPH	PUPH	PUPH	PUPH
Conjoint	Double doctorat : pharmacie + sciences de l'éducation	Chirurgien au CHU	Pas de conjoint	Secrétaire puis mère au foyer	Infirmière puis mère au foyer	Pas d'infos	Pharmacien au CHU, avec longue parenthèse de mère au foyer	Secrétaire référente de son pôle au CHU	Coach & conseillère en recrutement	Cadre de santé, au CHU	Kinésithérapeute au CHU	Psychologue libérale
Parcours pro	Tout au CHU	Tout au CHU	Tout au CHU	Tout au CHU	Tout au CHU	CHU principal + Nancy + Lausanne + Londres	Tout au CHU sauf un an en Angleterre	Marseille quelques années puis CHU	CHU principal + Paris + USA	Tout au CHU (ex-conseiller municipal en parallèle)	Tout au CHU	Tout au CHU
Formation en gestion	Formation de l'industrie pharmaceutique	Quelques formations internes	Beaucoup de formations internes (management + assurance qualité)	Aucune formation	Quelques formations internes (prise de fonction)	Pas d'infos	Pas d'infos	Formation de quelques jours avec SciencesPo (prise de fonction)	Quelques formations internes (T2A et prise de fonction)	Quelques formations au CHU	DEA de méthodologies chirurgicales / formations internes (T2A)	Quelques formations (prise de fonction)
Expérience de gestion	Chef de service et chef d'UF	Assistant chef de clinique + chef de service	Responsable de laboratoire	Responsable de laboratoire	Assistant chef de clinique + chef de service	Jamais chef de service ou d'UF / responsable de structures transversales	Chef de clinique puis de département / responsable de la CME	Chef de clinique + chef de service	Assistant chef de clinique	Chef de service + Président d'une entité de recherche	Chef de clinique + chef de service	Chef de l'information médicale (puis DIM)
Processus de nomination	A postulé / Direction accepte	Candidature unique / Vote des pairs	Candidature unique / Vote des pairs	Autre candidature / Pas de vote / Direction choisit	Candidature non spontanée / Approché par la Direction	Pression des pairs	Candidature unique / Vote des pairs	Candidature non spontanée / Approché par la Direction	Candidature non spontanée / Candidature de consensus	Candidature non spontanée / Approché par la Direction	Projet personnel (a eu l'idée du pôle) / Approché par la Direction	Candidature unique
												Autre candidature, non soutenue / Vote des pairs a posteriori

Résultats

Présentation générale

Les résultats sont présentés dans le tableau 2. On trouve des responsables de pôle dans toutes les situations, même si l'on observe une polarisation sur deux postures d'ajustement : la détermination et l'absorption. L'exploration semble être une exception. Plus précisément, on constate, premièrement, qu'il y a 3 personnes sur 14 dans une situation de réplication. Elles n'effectuent aucun mouvement significatif, ni pour modifier leur rôle, ni pour « modeler » leur personne. Leurs valeurs et leurs compétences semblent correspondre à ce que la réforme attend d'elles. Elles ne ressentent pas le besoin de changer quoi que ce soit en elles ou dans leur rôle. Deuxièmement, on note que 6 personnes sur 14 s'ajustent au rôle par absorption. Cette situation indique que les individus, n'étant pas en adéquation avec le rôle attendu par l'organisation, ils s'adaptent en modelant leur « soi ». En particulier, ils acquièrent de nouvelles compétences et connaissances (en gestion, en management, ou dans diverses disciplines médicales). Ils ne touchent pas à leur rôle. Troisièmement, 6 personnes sur 14 se trouvent en situation de détermination. Il existe un décalage entre ce « qu'ils sont » et leur rôle. Pour le réduire, elles façonnent le second par une modification des activités qui leur sont prescrites (suivi budgétaire, recrutement, ou tout simplement management). Le rôle devient alors « compatible » avec leurs valeurs et compétences. Cette adaptation ne fait pas appel à un « aménagement » personnel. Enfin, dernièrement, on observe qu'un seul individu sur les 14 est répertorié en exploration de rôle. Il opère un double ajustement de sa personne et du rôle. Ses valeurs le poussent en effet à développer l'activité de pôle au delà de ce que la Direction générale et ses pairs attendent de lui. Il acquiert pour cela de nouvelles compétences.

Tableau 2. Les modes d'ajustement aux transitions des responsables de pôle

		<i>Développement de l'individu</i>	
		<i>Faible</i>	<i>Fort</i>
<i>Développement de rôle</i>	<i>Faible</i>	<p>Réplication Anesthésie-Réanimation Pluridisciplinaire de médecine Psychiatrie-Neurologie</p>	<p>Absorption Appareil locomoteur-Gériatrie Biologie Digidune Rééducation et physiologie Recherche Imagerie</p>
	<i>Fort</i>	<p>Détermination Couple-Enfant Médecine Aigue et Communautaire Pharmacie Urgences-SAMU-SMUR Santé publique</p>	<p>Exploration Centre de gestion des blocs</p>

Zoom sur quatre cas

A titre d'illustration, suivons le travail d'analyse effectué sur quatre responsables aux modes d'ajustement différents : la responsable du pôle d'Anesthésie-Réanimation, située dans une posture de « répliation » ; la responsable du pôle Urgence-SAMU-SMUR, affectée dans la case « détermination » ; le responsable du pôle de Rééducation et Physiologie, identifié comme étant dans une position de « d'absorption » ; et le responsable du pôle de Centre de Gestion des Blocs, placé dans une situation « d'exploration ».

La responsable du pôle Anesthésie-Réanimation – Situation de répliation

Justification du positionnement : respect des activités prescrites, perception d'une continuité dans les rôles occupés, préservation de l'identité et des valeurs, pas d'acquisition de compétences particulières.

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. Ce nouveau rôle ne lui pose pas problème et n'exige donc pas d'ajustement particulier. Elle le perçoit en effet dans la continuité de son rôle antérieur. Son pôle a été créé à partir de deux services, Anesthésie et Réanimation, dont elle avait déjà assuré la responsabilité. C'est d'ailleurs pour cette raison qu'elle a été nommée. Sa double responsabilité apparaît comme l'explication majeure de cette perception de continuité. L'interprétation qu'elle fait du rôle de chef de pôle n'exige pas d'elle de nouvelles compétences ou connaissances. La dimension transversale du travail était acquise.

« Euh, j'ai pas de choses très intéressantes à vous dire... Je trouve que c'est un peu la logique de la chefferie de service, où j'étais très impliquée. Autrefois, beaucoup de chefs de services, en fait, ils étaient chefs de service mais ils s'occupaient pas de grand-chose dans leur service. Nous, l'anesthésie, c'est une discipline très transversale, l'anesthésie-réa, donc on interfère avec différents autres services... donc on a nécessairement une organisation très transversale, donc je faisais déjà beaucoup ce travail là [dans mon bureau]. »

De la même manière, son identité, ses valeurs ne sont pas remises en cause. Pour elle, le patient a toujours été et demeure central dans son travail, tout comme les relations avec ses équipes. Rien ne montre que des évolutions aient eu lieu à ce niveau-là. Cela ne l'empêche pas d'estimer qu'elle se conforme aux prescriptions de la Direction générale, et de montrer sa volonté de contribuer à des problématiques gestionnaires. C'est tout particulièrement le cas sur des dossiers de réorganisation du travail.

« Là, on va commencer une enquête demandée par la direction, une étude avec le ministère, sur le temps médical. Il y a des interviews qui commencent là, cette semaine. Et puis on fera un diagnostique court, on va essayer de voir comment... 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. »

Elle ne semble pas percevoir de rupture entre le sens qu'elle attribue à son travail et les missions qui lui sont conférées. Au final, cette responsable de pôle se trouve donc bien dans une posture de réplication, 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.

La responsable du pôle Urgences-SAMU-SMUR – Situation de détermination

Justification du positionnement : appropriation personnelle des objectifs du rôle, refus d'assumer seule les responsabilités, focus sur l'activité clinique, stabilité des valeurs médicales, rejet des valeurs « managériales », non-évolution des compétences.

Contrairement au précédent cas, cette responsable de pôle fait évoluer son rôle pour l'adapter à ce qu'elle est. Son pôle s'est constitué par le rassemblement de deux entités : le service des Urgences (qu'elle dirige toujours, en parallèle des nouvelles responsabilités) et le service SAMU-SMUR (dirigé par un nouvel arrivant). Sa nomination à la tête du pôle se justifie par son ancienneté. S'il s'agit d'une ancienne chef de service comme le cas précédent, son ajustement au rôle est très différent. Elle ne franchit pas l'étape de la mutualisation des responsabilités. 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. Les deux services continuent à être gérés séparément. En ce sens, elle ne répond pas aux attentes de la Direction. L'activité clinique, elle, prend une place tout à fait centrale dans la conception qu'elle se fait de son nouveau rôle.

[Comment ça se passe l'activité de tous les jours ?] « Je vais dire que notre activité principale, c'est de faire en sorte que l'activité clinique se fasse. De la meilleure façon possible. Bon il se trouve que les gens, ils bougent, ils démissionnent, ils reviennent, ils repartent, ils diminuent leur activité,... Donc on a un gros souci de planning. On fait tourner 6,5 lignes de garde. Donc il y a 6,5 lignes de garde 24h/24, 7j/7. Donc il faut du monde. Donc on est un peu en déficit de monde, ce qui fait que les gens ont la tête dans le guidon, les deux pieds dans le... et ils bouffent de la clinique, ils bouffent de la clinique, ils bouffent de la clinique... »

Cependant, à la manière du précédent responsable de pôle étudié, sa « personne » ne change pas. Cette stabilité se retrouve principalement au niveau de ses valeurs. D'une part, elle prône la relation individuelle de soin au patient comme valeur centrale dans son travail (valeur fortement clinique). D'autre part, elle repousse vivement les valeurs plutôt gestionnaires associées à son nouveau rôle.

« 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... son sucre. C'est tout. Moi, mon travail est centré sur le patient. »

Enfin, cette non-évolution personnelle se retrouve aussi au niveau de ses aptitudes, la responsable de pôle dit ne pas avoir acquis de nouvelles compétences, ni au travers des actions de formation lancées par la Direction, ni dans le cadre de son expérience du rôle. Elle n'exprime pas de besoins particuliers en la matière. Au final, elle se trouve donc bien dans une situation de détermination, où seul son rôle évolue afin qu'elle puisse rester la même personne.

Le responsable du pôle Rééducation et Physiologie – Situation d'absorption

Justification du positionnement : élargissement des compétences scientifiques, managériales, et relationnelles, non-évolution des valeurs, compréhension des objectifs du rôle, application stricte des activités prescrites.

Le responsable du pôle de Rééducation et Physiologie se situe dans une position opposée à celle du précédent cas. Il se présente comme ayant dû évoluer personnellement pour répondre aux attentes du rôle. 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. Ce médecin contrairement au cas précédent dit avoir fait un effort de compréhension et d'élargissement de ses compétences, afin de pouvoir apprendre à travailler avec une discipline qu'il ne connaissait pas. Il dit également avoir « appris » de la responsabilité de pôle, notamment sur des aspects managériaux (notamment dans la gestion des projets) et gestionnaires.

« Et puis, comme je vous le disais tout à l'heure, je me suis beaucoup plus investi que je l'étais dans le suivi comptable, dans le suivi des effectifs, etc. Je me suis rendu compte d'ailleurs que, chef de pôle ou pas chef de pôle, quand on veut créer un demi-poste d'aide-soignant, et ben... il faut y aller... il faut justifier. Ca se fait pas comme ça, hein. »

En revanche, il insiste sur le fait que ses valeurs sont restées les mêmes (service public, santé non marchande, bienveillance), et qu'il n'éprouve pas de difficulté à les « défendre » et les « faire vivre » dans le contexte actuel. Il semble se conformer au rôle qu'on attend de lui. Son discours montre qu'il adhère aux grandes lignes de la réforme. Il ne se trouve pas dans une situation conflictuelle.

« Mais je dirais que 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. Pas du tout. Ca, c'est un peu mythique aussi quand même. Mais bon... [en riant] peut-être que je suis beaucoup moins révolutionnaire que je le crois. [En riant de nouveau] Peut-être que je suis vraiment dans le consensus et la réforme, et je sais pas quoi, mais... [Reprenant son sérieux] Mais, je crois pas. 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 ».

Tout semble indiquer qu'il cherche à respecter le travail qui lui a été prescrit, qu'il s'agisse des activités « bureaucratiques » (réunions), des activités de gestion (calculs d'effectifs, planification des budgets,...) ou de management. Au final, ce responsable de pôle se situe dans un cadre d'absorption, puisque, en accord avec ses valeurs, il fait en sorte de se conformer à ce qu'on lui demande, en faisant évoluer certaines aptitudes.

Le responsable du pôle Centre de Gestion des Blocs – Situation d'exploration

Justification du positionnement : participation à la création du pôle, recherche de nouvelles « bonnes-pratiques », dépassement des objectifs prévus par la Direction, apprentissage de nouvelles compétences managériales, stabilité de l'identité et des valeurs.

Ce quatrième responsable de pôle se situe dans la position la plus novatrice : celle de l'exploration, où il y a à la fois évolution du rôle et de la personne. Ce pôle, et c'est le seul, ne résulte d'aucun regroupement de services. Il a été constitué «de toutes pièces». Jusqu'alors les blocs opératoires étaient gérés directement par les services de chirurgie qui les utilisaient. Ce futur responsable de pôle 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. 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. En ce sens, nous considérons qu'il s'agit déjà d'un acte de développement du rôle. Cette participation active à la conception, qui fait de lui un cas singulier, se retrouve dans sa volonté de lancer une réflexion nationale.

« 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. Et j'ai pas eu de réponse du mec de Toulouse, j'ai réussi à... je voulais qu'on se voit tous les trois pour voir un peu comment ça marchait et qu'est-ce qu'on pouvait faire. C'est difficile de savoir ce qui se passe chez le voisin. »

Opposés à la collectivisation des blocs, les chirurgiens ont cependant mis leur veto au projet. Le responsable, sous la pression de ses pairs et le non-soutien du Directeur général, a finalement démissionné de son poste. Ce développement du rôle s'est également accompagné d'évolutions de sa personne. Il affirme avoir appris beaucoup de ses relations de travail avec l'équipe de pôle, aussi bien au niveau managérial (dans la gestion des projets) que juridique.

« On avait nos champs de compétences très précis, et on enrichissait les trois autres... et tous, hein... [la cadre administrative] pour le coup... moi, j'avais bien cru que [la coordinatrice soignante] était la plus proche de moi, mais [la cadre administrative] m'a appris des tas de trucs... c'est, grosso-modo, elle, la constitution orale... enfin, c'est... c'est la loi qui parle. Vous lui demandez quel est le texte, quel est le machin... elle connaît. Enfin, je veux dire, c'est pas creux, hein... Et notre brave directeur [réfèrent] aussi, hein. Celui dont le Président de CME voulait absolument la peau... qui est plein d'idées, qui était un peu foutraque, ainsi de suite, mais, lui aussi il m'a appris des trucs. »

Rien n'indique cependant ces apprentissages n'aient exigé une transformation de ses valeurs. Au final, ce responsable de pôle se situe donc plutôt dans une posture d'exploration, où il a à

la fois été plus loin dans la manière de jouer son rôle, et développé des aptitudes personnelles nouvelles. On peut supposer que ses valeurs (conscience, prise de recul) l'ont poussé à prendre des initiatives managériales, initiatives qui ont exigé l'acquisition de nouvelles compétences.

Discussion

Principaux enseignements

La conclusion principale tirée de ces résultats est que les individus n'ont pas le même type de réaction face au changement. Dans cette organisation, la variable individuelle conduit à une application différente de la réforme. Ceci nous permet de sortir d'une vision où le conflit « gestion/profession » serait décrété *a priori*, ou d'une vision où le changement serait considéré comme allant de soit. Du point de vue de l'établissement, y a-t-il une situation préférable aux autres ?

La réplication apparaît à première vue comme la situation la plus favorable ou tout du moins la moins coûteuse en effort d'accompagnement du changement. Les individus pensent jouer le rôle qu'on attend d'eux sans effort d'adaptation particulier. Ils sont les bonnes personnes aux bons endroits. Pour aller plus loin, il serait intéressant de regarder si dans les processus de nomination, dans les parcours des personnes, dans le type d'activité du pôle, des éléments pourraient participer à cette relative cohérence. Comme nous l'avons dit plus haut, cette situation pourrait être aussi celle d'un blocage total où, ne parvenant à faire évoluer, ni le contenu de leur rôle, ni ce « qu'ils sont », les individus seraient en situation de conflit extrême. Ce n'est pas le cas ici.

La détermination pourrait être vue comme la situation la moins favorable pour l'établissement. Les individus refaçonnent le rôle pour préserver ce qu'ils sont, quitte à répliquer ce qu'ils connaissent plutôt que de se plier aux nouvelles attentes. Dans tous les cas traités, le changement semble toucher à l'identité de ces individus (approchée par les valeurs). On est au cœur ici du conflit entre la pratique clinique « traditionnelle » et l'activité de gestion. C'est la possibilité même de faire émerger des rôles « hybrides » qui est remise en cause. Sur les 6 individus dans cette situation, un est parti, face au constat d'impossibilité de tenir le rôle demandé. D'autres s'accommodent mieux de ne pas répondre aux attentes de la Direction générale et de ses représentants.

L'absorption est, quant à elle, une situation qui s'avère finalement favorable, mais exige des « efforts » plus importants que la réplication pour l'organisation et les individus. Elle est aussi plus aléatoire. Les individus ont trouvé des ressources pour s'adapter à leur nouveau rôle. Notons que, de notre point de vue, l'accompagnement fait par l'établissement pour « permettre » ces apprentissages, reste léger. S'il a été possible, c'est parce les tensions potentielles entre rôles et individu ne touchaient pas à l'identité des personnes mais à des domaines plus malléables, comme les compétences ou les connaissances. Ce sont des individus dont l'identité ne s'était pas entièrement construite autour de la clinique. Rien ne permet de dire que les processus de nomination aient *a priori* favorisé ce type de profil. Le « hasard » semble garder une place importante.

L'exploration pourrait être vue comme la plus « audacieuse » et vertueuse pour la dynamique de changement d'une organisation. L'organisation bénéficie des ressources (compétences, identité, désir) spécifiques des individus à condition d'avoir la souplesse pour faire évoluer les rôles, en même temps que l'individu accepte de « se transformer ». Dans une organisation professionnelle « loosely coupled » (Weick, 1976), cela peut être vu comme la voie « vertueuse » du changement, permettant à la fois de tirer profit de l'autonomie individuelle tout en assurant une forme de coordination collective. Dans le cas présent, le pôle est nouveau, avec des enjeux de changement par rapport aux pratiques antérieures fortes. La personne a été explicitement sollicitée par la DG. Elle était porteuse d'une idée forte de ce que doit être pôle, ici, en l'occurrence, de mise en commun des moyens, au delà même de ce que la DG pense possible de mener à bien. Il s'avère pourtant que cette situation est un échec relatif. Le responsable est parti, « lâché » par ses pairs qui ne l'ont pas suivi sur « ces changements ». On est en fait, ici, dans une situation où le développement de rôle, mis en œuvre par la personne, n'a pu être accepté par les pairs.

Autre conclusion de notre travail : l'utilité d'une approche en termes de rôles. En effet, ce type d'approche nous semble intéressant sur deux points. Le premier, à un niveau macro, concerne la variété des réactions individuelles qu'elle permet de mettre en évidence. Face à un même changement, nous avons vu que des professionnels aux parcours et processus de nomination similaires, réagissent différemment. Même si elle nous semble imparfaite, la catégorisation proposée par Nicholson (1984) reste un outil utile pour repérer de grandes tendances. Le second, à un niveau plus micro, concerne les paramètres individuels qu'elle permet d'identifier. Au-delà des différentes réactions individuelles, une approche par le rôle permet de comprendre plus en finesse leurs rouages : quelles caractéristiques individuelles sont touchées par le changement ? Lesquelles l'acteur va-t-il protéger ? Lesquelles va-t-il, au contraire, laisser évoluer ? L'utilisation du rôle permet de répondre en partie à ces questions, autant sur des caractéristiques tangibles (les compétences) que sur celles qui le sont moins (les valeurs).

Les limites et prolongations

Ces résultats comportent un certain nombre de limites. D'abord, ils sont contingents au CHU. Les pôles sont de grandes tailles, la ligne hiérarchique des médecins est importante, l'activité est multiple (enseignement, recherche, clinique et gestion). Il en ressort deux conséquences. D'une part, la nomination des médecins responsable de pôle reste respectueuse « du statut ». Si la fonction de responsable de pôle dote son détenteur d'un certain prestige, dans la continuité de celle de chef de service, l'activité de gestion au regard des autres activités, peut être considérée comme le « dirty work » (Ashforth & Kreiner, 1999). Une taille plus petite, des nominations moins « rituelles », un investissement plus important dans la gestion, parce que moins concurrencée par les autres activités (en particulier la recherche) pourraient peut être conduire à une observation plus fréquente des situations d'absorptions et d'exploration. D'autre part, si 14 entretiens sur 17 responsables de pôles représentent une taille satisfaisante au regard de la représentativité du CHU étudié, ils ne permettent absolument pas d'atteindre le point de saturation de la compréhension des facteurs susceptibles d'expliquer le positionnement individuel dans l'une ou l'autre des situations. Une prochaine étude croisée avec un établissement de santé moins complexe qu'un CHU permettra peut-être de faire ressortir des facteurs organisationnels.

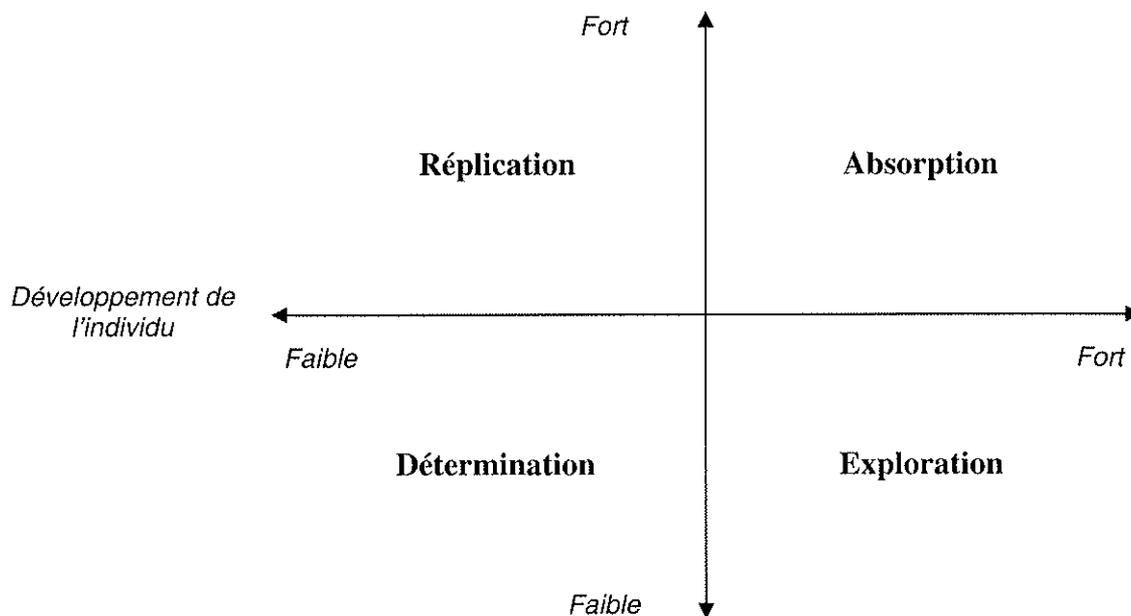
Ensuite, ces résultats comportent aussi une limite de méthode liée à la difficulté du « codage » des discours. Ceux-ci sont parfois contradictoires sur les différents éléments qui composent tant l'individu que les rôles. Par exemple, comment « coder » un individu dont les pratiques ou compétences semblent évoluer mais qui reste inchangé sur des éléments de valeur ? Nous avons « codé » ce qui nous apparaissait être dominant, mais ceci reste très subjectif. On reste sur des visions simplifiées du comportement et des rôles. Les analyses quantitatives qui utilisent cette approche sont moins sensibles à cette difficulté car elles agrègent les mesures obtenues sur les différents composants de l'individu. Les analyses qualitatives doivent faire face à ces contradictions plus en amont du « codage » et comportent un travail important d'interprétation du chercheur. Nous avons donc privilégié une approche subjective travaillant sur du discours. Elle permet de recueillir des perceptions individuelles et des jugements matériels nécessaires pour travailler les notions d'appropriation, d'identité, de conflits internes... Cette approche subjective est d'ailleurs celle proposée par Nicholson (1984). Elle exige toutefois d'être complétée par une approche plus objective de l'analyse de l'activité et des relations entre pairs si l'on souhaite évaluer de manière plus précise la mise en œuvre du changement et comprendre la manière dont les rôles sont effectivement joués. Ce devrait être une prolongation de ce travail qui exige une démarche de recueil de données beaucoup plus lourde, incluant observations et entretiens avec les collaborateurs.

De plus, ces limites méthodologiques peuvent également être attribuées en partie à l'approche du rôle pour laquelle nous avons opté. Nous considérons que la théorie proposée par Nicholson (1984), bien qu'utile pour catégoriser des situations-types, reste trop fermée. En effet, comme nous l'avons dit plus haut, les individus ont parfois des postures ambiguës, où leur personne et leur rôle évoluent partiellement (sur certaines caractéristiques, et pas sur d'autres). Sans chercher à solutionner cette limite de l'approche, nous souhaitons cependant en soumettre un modèle dérivé. Au lieu d'enfermer les individus dans des postures, nous préférons les situer dans des tendances de positionnement plus nuancées. Nous conservons les dynamiques de « développement de rôle » et de « développement de l'individu » (ainsi que les différents types d'ajustement au rôle), mais nous les envisageons ici comme deux axes ouverts. Le graphique 1 (p. 18) représente notre compréhension du modèle de Nicholson. Nous pensons que cette révision permet de comprendre plus finement les positionnements intermédiaires entre, et au sein de, chacun des types d'ajustement au rôle. Il apparaît par ailleurs nécessaire de différencier dans le développement individuel, ce qui est du ressort des compétences, de ce qui relève de l'identité, qui nous le voyons sur nos cas, ne se comporte pas du tout de la même manière.

Enfin, l'approche de type psycho-organisationnelle par les rôles comporte en elle-même des limites. Elle met le projecteur sur les individus dans leur rapport avec les attentes du rôle. Le sens donné aux comportements ou au discours des individus est analysé à la lumière de l'adéquation ou inadéquation des individus et des rôles. Elle laisse ainsi dans l'ombre beaucoup d'autres explications possibles. Deux pourraient être proposées : la première, qui s'inscrit dans une perspective critique, renvoie l'idée d'organisation hypocrite telle que l'a proposée Brunsson (1985) en particulier dans l'analyse des organisations publiques. Et si, la « bonne marche de l'organisation », exigeait à la fois que les hôpitaux se plient de manière rituelle aux attentes de leurs tutelles dans leur volonté de réforme mais qu'ils conservent un fonctionnement inchangé en adéquation avec leur rationalité interne ? Les établissements se comporteraient de fait dans un objectif de protection de l'existant. La non-conformation au rôle serait alors la situation la plus vertueuse pour l'organisation, l'absorption, celle qui prend la réforme « au pied de la lettre », la plus risquée. La seconde qui s'inscrit dans une perspective politique renvoie la compréhension des comportements et discours aux enjeux de

pouvoirs. Comprendre qui se conforme et pourquoi, exige non pas d'analyser les relations rôle- individus mais des relations extérieures, des médecins entre eux, des médecins face à l'administration, de la profession face au gouvernement. Nous ne nions pas que l'approche par les rôles n'épuise pas les interprétations possibles des comportements et discours. Nous pensons toutefois que bien que partielle, elle fournit de la connaissance pertinente aux acteurs en situation de décision de gestion.

Graphique 1. Proposition d'une nouvelle grille d'analyse de l'ajustement au rôle (cf. Nicholson, 1984)
Développement de rôle



Conclusion

Nous avons, par un travail d'analyse qualitative, regardé dans quelle mesure les médecins se réapproprient ou pas leurs nouveaux rôles de responsable de pôle. Nous avons privilégié une approche subjective, fondée sur les perceptions individuelles mobilisant la notion de rôle. En nous aidant du travail de Nicholson, nous concluons qu'il existe quatre situations types – réplication, détermination, absorption, exploration – qui combinent différemment évolution des rôles/évolutions des individus. Il existe ainsi dans un même établissement une variété d'appropriation réfutant l'hypothèse de conflit endogène entre pratique de management et pratique clinique ou celle d'un changement pour lequel la décision politique se suffirait à elle-même. Une analyse plus poussée devrait permettre d'envisager des causes possibles de cette variété. On peut faire l'hypothèse qu'elles peuvent être individuelles, relatives aux pôles ou au processus de nomination. Certaines situations peuvent apparaître plus favorables aux établissements que d'autres mais exigent alors un accompagnement jusqu'alors mal pris en compte. Il pourrait toucher l'individu, aidé dans sa capacité à « se transformer » ou les rôles eux-mêmes. C'est alors la capacité d'apprentissage de l'organisation qui est en jeu. Nous concluons enfin que la notion de rôle, bien que difficile à opérationnaliser, permet de prendre en compte la nature fondamentalement interactionniste de l'activité entre une organisation formelle, des pairs et un individu « encadré » dans une profession, une histoire, des projets.

Bibliographie

Alis D. (1997), *Conflits de rôles et régulations autonomes du personnel en contact avec la clientèle : le cas des agents généraux d'assurance*, Thèse de doctorat en sciences de gestion, Université Aix-Marseille III, octobre.

Ashforth B. (2001), *Role transitions in organizational life: an identity-based perspective*, Mahwah, NJ: Erlbaum.

Ashforth B., Kreiner, G. (1999), "How Can You Do It?": Dirty Work and the Challenge of Constructing a Positive Identity, *Academy of Management Review*, vol. 24, n°3, 413-434.

Ashforth B., Sakes A.M. (1995); Work role transitions: a longitudinal examination of the Nicholson model, *Journal of occupational and organizational psychology*, vol. 68, 157-175.

Barley S.R., Tolbert P. (1997), Institutionalization and structuration: studying the links between actions and institution, *Organization Studies*, vol. 18, n°1, 93-117.

Biddle B.J. (1986), Recent developments in role theory, *Annual Review of Sociology*, vol. 12, 67-92.

Brunsson N. (1989) *The organization of hypocrisy: talk, decisions and actions in organizations*, Chichester, New York: Wiley.

Burellier F. (2008), L'hybridation de rôle dans les hôpitaux publics : le compromis identitaire des professionnels-managers, *19^{ème} Congrès de l'AGRH*.

Gilbert P., Guérin F., Pigeyre F. (2005), *Organisations et comportements : nouvelles approches, nouveaux enjeux*, Paris : Dunod.

Goffman E. (1959), *The presentation of self in everyday life*, New York: Anchor Books.

Grima F. (2004), Les conséquences des tensions de rôle : proposition d'un modèle synthétique, *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, n°54, 56-72.

Hall D.T. (1972), A model of coping with conflict: the role of college educated women, *Administrative Science Quarterly*, vol. 1, n° 4, 471-486.

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, 43-56.

Katz D., Kahn R.L. (1978), *The social psychology of organizations*, New York: Wiley.

Kahn R.L., Wolfe D.M., Quinn R.P., Snoeck J., Rosenthal R.A. (1964), *Organizational stress: studies in role conflict and ambiguity*, New York, Wiley.

Loubes A., (1997), *Contribution à l'étude des tensions de rôle des agents de maîtrise en milieu industrie. Une étude empirique*, Thèse de doctorat en sciences de gestion, Université Montpellier II, janvier.

Loubes A., Commeiras N., Fournier C. (2007), Les managers de rayons face aux tensions de rôles : quelles incidences sur l'implication au travail ?, *18^{ème} Congrès de l'AGRH*.

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, décembre.

McGivern G., Addicott R., Ferlie E., FitzGerald L. (2006), "Incidental" and "strategic" clinical-managerial hybrid identity, *Conférence EGOS, Sub-theme 28 : Managing the public sector : transparency versus accountability*.

Mead G. H. (1934), *Mind, Self and Society*, Chicago: University of Chicago Press.

Merton Robert K. (1957), The role-set: problems in sociological theory, *British Journal of Sociology*, vol. 8, 106-120.

Nicholson N. (1984), A theory of work role transitions, *Administrative Science Quarterly*, vol. 29, 172-191.

Munton A., West M. (1995), Innovation and personal change: patterns of adjustment to relocation, *Journal of Organizational Behavior*, vol. 16, n°4, 363-374.

Parsons T., Shils E. A. (1951), *Toward a general theory of action*, Cambridge, MA: Harvard University Press.

Pfeffer J., Salancik G.R. (1975), Determinants of supervisory behavior: a role set analysis, *Human Relations*, vol. 28, n°2, 139-153.

Reay T., Golden-Biddle K., Germann K. (2006), Legitimizing a new role: small wins and microprocesses of change, *Academy of Management Journal*, vol. 49, n°5, 977-998.

Rogard V. (2005), Rôles et statuts, in *Encyclopédie des Ressources Humaines*, 1178-1190, Paris : Vuibert.

Turner R.H. (1978), The role and the person, *American Journal of Sociology*, vol. 84, n°1, 1-23.

Van Maanen J., Schein E.H. (1979), Toward a theory of organizational socialization, *Research in Organizational Behaviour*, vol. 1, 209-264.

Weick K.E., (1976); Educational organizations as loosely coupled systems, *Administrative Science Quarterly*, vol. 21, n°1, 1-19.

Zurcher L.A. (1983), *Social roles, conformity, conflict and creativity*, Beverly Hills, California: Sage.