

L'identification au rôle de médecin-gestionnaire dans les hôpitaux publics : De la variété des processus à l'importance de l'identification relationnelle

Franck Burellier

Université de Grenoble / CERAG
BP 47 38040 Grenoble Cedex 9 - France
franck.burellier@upmf-grenoble.fr

Résumé :

Les transitions de rôle sont des processus individuels complexes. Un large consensus indique que pour passer d'un rôle à l'autre, un individu serait amené à modifier ses objectifs, ses activités, son cadre de travail, mais également ses compétences, sa manière de penser, ou encore ce qu'il est. Une transition de rôle serait donc réussie seulement si l'individu et son rôle ne faisaient qu'un. La littérature qualifie ce rapprochement ultime d'identification. Nous proposons dans ce travail de remettre en question ce postulat d'identification systématique à un rôle pour réussir une transition. Nous nous intéressons au cas de médecins hospitaliers ayant accédé au rôle de responsable de pôle, rôle considéré comme hybride car entremêlant activités cliniques et gestionnaires. Au sein d'un CHU de 9 000 agents, nous nous focalisons sur quatre médecins responsables de pôle que nous avons évalué comme représentatifs des différents modes d'adaptation au rôle. A partir d'une démarche qualitative et de quatre études de cas longitudinales, nous tentons de mettre en évidence les processus d'identification de ces médecins, parallèlement à la mise en acte de leur rôle. Nos résultats montrent que les processus d'identification accompagnant les transitions de rôle sont variés, et réfutent le postulat d'une identification systématique pour la réussite d'une transition. Nous attirons finalement l'attention sur l'importance des identifications relationnelles dans les processus étudiés.

Mots clefs :

Transitions de rôle, Identification à un rôle, Identification relationnelle, Hôpital

INTRODUCTION

« Je crois qu'on s'invente pas gestionnaire, si vous voulez, ou directeur de structure médicale, quoi. C'est un vrai métier et c'est pas parce qu'on a six ou huit jours de formation que pour autant on acquiert un nouveau métier. Donc, on acquiert un vocabulaire, on acquiert une certaine familiarité avec des notions qu'on connaît pas, qui permettent de comprendre effectivement ce qui va se passer dans le cadre d'un pôle, mais notre métier ça reste – alors moi je le ressens – un truc personnel. Ça reste d'être d'abord médecin, ensuite universitaire, mais je suis pas gestionnaire. »

Le responsable du pôle Psychiatrie-Neurologie

La question de l'identification, lors de transitions de rôle, s'est développée dans la dernière décennie. De nombreuses recherches en gestion et comportement organisationnel se sont intéressées au processus par lequel un individu se définit par rapport à un rôle, un groupe de travail, une organisation, une profession. Après s'être focalisé sur la dimension organisationnelle de l'identité, les travaux se sont portés plus récemment au niveau du rôle. Pour passer d'un rôle à un autre, des individus seraient amenés à modifier leurs objectifs, leurs activités, leur cadre de travail, mais également leurs compétences, leur manière de penser, ou encore ce qu'ils sont. Tous ces travaux font l'hypothèse qu'une transition de rôle réussie est une transition où l'individu correspond au rôle qui lui a été prescrit (parce qu'il s'y est adapté, ou parce qu'il l'a ajusté à lui). Plus spécifiquement encore, les dernières recherches insistent sur les dynamiques par lesquelles un individu tente de trouver de la cohérence entre ce qu'il est (son identité personnelle) et ce qu'on lui demande d'être (son identité dans le rôle) afin de coller à son nouveau rôle. Le cas des rôles hybrides (associant des domaines de compétence différents et généralement opposés) est révélateur de cette hypothèse quasi-systématique d'ajustement nécessaire entre l'individu, son identité, et son rôle.

Nous proposons ici que l'identification à un rôle hybride n'est ni systématique ni obligatoire pour mener à bien une transition de rôle. L'objectif de cette communication est donc de mieux comprendre le processus d'identification d'individus en transition vers des rôles hybrides. Dans le cadre de la réforme « Hôpital 2007 », les hôpitaux publics français ont été réorganisés en pôles d'activités (regroupements de services, dont le but est de déconcentrer la gestion et mutualiser les ressources). A leur tête ont été nommés des médecins responsables de pôle,

rôle que nous qualifions d'hybride puisqu'entremêlant des missions à la fois cliniques (production de soins) et gestionnaires (management d'équipes médicales, organisation d'unités, suivi des mensualités de personnel, gestion de projets, planification d'objectifs,...). Nous étudions le cas de ces médecins responsables de pôle. Bien que les médecins soient des professionnels, avec une identité largement construite via leur formation et leur socialisation, nous considérons que la manière dont ils se perçoivent dans leur rôle est également influencée par leur travail au quotidien.

Nous avons mené une recherche longitudinale entre 2008 et 2010, au sein d'un CHU français de 9 000 agents (recherche toujours en cours). Après avoir interrogé dans une première phase la quasi-totalité des responsables de pôle de l'établissement (15 sur 17), nous nous sommes ensuite focalisés dans une deuxième phase sur quatre d'entre eux en fonction de la variété de leur adaptation au rôle. Cette communication porte sur la deuxième phase de notre étude. Le recueil de matériaux s'est fait par entretiens semi-directifs (38), observations non participantes (20), et analyse documentaire. Nous avons particulièrement interrogé l'activité quotidienne des individus (leur rôle), la manière dont ils se concevaient dans ce rôle (leur identité de rôle), leur jugement et l'évolution de ces conceptions (leur identité personnelle), ainsi que leurs positionnements sur des questions hybrides de type médico-économique (leur identification au rôle). Cette étude a été menée à un niveau d'analyse interpersonnel, en nous focalisant sur les constellations de rôle (*role set*, c'est-à-dire les rôles dépendant directement de celui étudié) des quatre responsables de pôle. Une étude parallèle dans un CH (moins approfondie pour l'instant) nous a permis de nuancer nos observations. Nous proposons d'abord de revenir sur les concepts de transition et hybridation de rôle, ainsi que sur les dynamiques d'identification qui y sont liées (I). Nous présentons ensuite notre terrain d'étude plus en détail (II) avant d'exposer nos résultats (III) et de les discuter (IV).

I. Cadre théorique : l'identification à un rôle hybride

Les rôles hybrides se multiplient, les organisations exigeants de leurs salariés un plus fort engagement dans les activités de gestion. Cependant, la transition de professionnels vers des rôles hybrides reste problématique. Deux aspects sont à éclaircir : en quoi cette hybridation consiste-t-elle ? (I.1) Et comment les professionnels s'identifient-ils à ce type de rôles ? (I.2).

I.1. L'hybridation de rôle

Nous définissons d'abord le concept de rôle (I.1.1) avant de nous pencher sur les dynamiques de transition de rôle et sur le cas particulier des hybridations de rôle (I.1.2).

I.1.1. Le concept de rôle

Le terme de rôle tel qu'il est utilisé en sciences sociales comme en gestion, est emprunté au théâtre (Biddle, 1986). En ce sens, il évoque la position que tient un individu dans une pièce/œuvre, ainsi que l'interprétation qu'il en fait, à travers un script, une mise en scène, des décors, d'autres personnages, ainsi que des interactions. Transposé aux sciences sociales, le rôle est traditionnellement approché selon deux perspectives. D'un côté, l'approche fonctionnaliste-structurelle envisage le rôle comme un ensemble d'attentes comportementales associées à une position donnée dans la structure sociale (Ebaugh, 1988) ; en ce sens, le rôle constitue une fonction du système social. De l'autre côté, l'approche interactionniste symbolique conçoit le rôle comme une compréhension/interprétation émergente et négociée entre individus (Mead, 1934) ; dans cette optique, le rôle provient de perceptions et de préférences subjectives. Nous optons ici pour une approche intermédiaire du rôle, dans la lignée de Ashforth (2001, p. 4). Nous considérons le rôle ni comme complètement normé par l'organisation et ses prescripteurs, ni comme uniquement élaboré par les acteurs eux-mêmes.

Nous définissons un rôle comme une position dans une structure sociale (Ashforth, 2001), position qui est plus ou moins institutionnalisée, mais qui demeure « mise en acte » par les individus sur le terrain : ce sont eux qui vont négocier le sens qui va être donné à cette position et la manière de l'opérationnaliser, en fonction des contraintes structurelles. Nous considérons donc le rôle comme une forme d'institution intermédiaire (Barley & Tolbert, 1997 ; Chreim et al., 2007) qui va structurer les comportements individuels, que, eux-mêmes, vont modifier de manière incrémentale. Le rôle s'inscrit également dans une constellation de rôles (ou *role set*, voir notamment Katz & Kahn, 1978) dans laquelle il est imbriqué par des liens de complémentarité et d'interdépendance. Ces liens le structurent de la même manière que lui-même les influence. Le rôle est donc une position relativement malléable. Toutefois, les individus étant amenés à évoluer dans leur carrière, la question du passage d'un rôle à l'autre devient centrale.

I.1.2. Transitions et hybridation de rôle

Ashforth (2001) définit une transition de rôle comme un mouvement psychologique, voire physique, qu'effectue un individu lorsqu'il passe d'une position à une autre. Il fait la distinction entre les transitions de rôle macro et micro. Les premières décrivent les mouvements pour des rôles tenus successivement par un individu, alors que les secondes traitent des mouvements lorsque les rôles sont tenus simultanément. Nous nous situons ici dans une analyse macro, puisque nous nous intéressons à la nomination ou au recrutement de médecins vers de nouveaux rôles. Nous distinguons deux approches des transitions de rôle. La première envisage les ajustements devant être réalisés (par l'individu ou l'organisation) pour tenir des rôles existants. Ces ajustements peuvent concerner soit l'individu tel qu'il est (Rothbard, 2001), soit le contenu des rôles (Ashforth et al., 2000), ou bien les interactions entre les deux (Ashforth & Saks, 1995 ; Munton & West, 1995 ; Neal & Griffin, 2006 ; Nicholson, 1984). La seconde approche s'intéresse, elle, à l'engagement d'individus dans des rôles inédits. Moins répandue, cette littérature traite de la construction et de la légitimation de nouveaux rôles dans l'organisation (Wrzesniewski & Dutton, 2001 ; Reay et al., 2005), où les individus ont à leur charge d'ajuster les nouvelles pratiques aux structures existantes, et notamment à ce qu'ils sont.

Nous nous intéressons à une troisième possibilité, encore peu traitée dans la littérature : l'hybridation de rôle. Nous définissons celle-ci comme l'assemblage de plusieurs rôles (ou de plusieurs parties de rôles) initialement distincts, associant des domaines de compétence différents et généralement considérés comme opposés, pour en constituer un seul. Cette hybridation concerne traditionnellement des « professionnels » (Abbott, 1988) auxquels on confère un statut de gestion inédit (Fitzgerald et Ferlie, 2000). La littérature parle alors de « professionnels-gestionnaires » (Ferlie et al., 1996), et, plus spécifiquement, de « sergents-gestionnaires » dans la police (Brooks, 1999 ; Butterfield et al., 2004 ; 2005), d'« infirmiers-gestionnaires » (Bolton, 2000 ; 2004) et de « médecins-gestionnaires » (Ashburner et al., 1996 ; Button et Roberts, 1997 ; Fitzgerald et Ferlie, 2000 ; Llewellyn, 2001) dans les hôpitaux. Quasi-systématiquement, ces travaux indiquent la difficulté pour les individus intégrant un rôle hybride à s'y adapter. On parle alors de conflits de rôle (Kahn et al., 1964 ; Loubet, 2007) pour désigner ces problèmes d'incompatibilité perçue entre un individu et son rôle. Plus récemment, la question des conflits d'identité a été soulevée pour mettre l'accent

sur les difficultés d'identification liée à la tenue de ces rôles hybrides. Cependant, sont-ils systématiques ? La question plus générale de l'identification d'un individu à son nouveau rôle nous semble incontournable.

I.2. L'identification à un rôle et ses difficultés

Nous définissons d'abord le concept d'identité (I.2.1) avant de traiter des processus d'identification à un rôle et des difficultés qui y sont liées (I.2.2).

I.2.1. Le concept d'identité

Deux courants ont traditionnellement animé les débats concernant le concept d'identité. Le premier place l'individu comme principal acteur dans la définition de ce qu'il est. C'est ce que la littérature appelle théorie de l'identité (ou *IT* pour *Identity Theory*, voir notamment Stryker, 1980). Dans cette approche, l'individu s'identifie à des rôles qu'il va animer, mettre en acte. Le second mouvement conçoit l'individu comme faisant partie intégrante de catégories sociales, en dehors desquelles il ne pourrait se définir. Ce mouvement est traditionnellement nommé théorie de l'identité sociale (ou *SIT* pour *Social Identity Theory*, voir notamment Tajfel & Turner, 1986). Dans cette seconde approche, l'individu est déterminé, animé par la structure sociale. Plutôt que de séparer ces deux courants, nous les intégrons dans notre cadre d'analyse (à la manière de Stets & Burke, 2000), en considérant que ces deux dynamiques (identification et catégorisation) sont complémentaires. Nous définissons l'identité d'un individu comme l'ensemble des significations qui lui sont attachées par lui-même et par les autres (Gecas, 1982).

En suivant une approche interactionniste (Mead, 1934), nous distinguons donc dans l'identité d'un individu son identité personnelle et son identité de rôle (ou sociale, plus génériquement) (Ashforth, 2001). D'un côté, l'identité personnelle peut être définie comme les significations qu'un acteur s'auto-attribue, et qui le définissent comme « unique » par rapport aux autres (Brewer, 1991). De l'autre, l'identité de rôle peut être conçue comme l'ensemble des significations typiquement associées à une position sociale, que les autres acteurs lui attribuent en vue de le situer comme objet social (Hogg & Terry, 2000). L'identité de rôle représente le personnage qui devrait être incarné pour pouvoir tenir un rôle, personnage

composé de caractéristiques centrales (qui le distinguent des autres), et de caractéristiques périphériques (non distinctives). Ces caractéristiques sont jugées capitales lors d'une transition : plus elles diffèrent d'une identité de rôle à l'autre (fort contraste identitaire), plus la transition est dite difficile pour l'individu. L'enjeu pour les organisations va généralement être de chercher à rapprocher une identité personnelle d'une identité de rôle.

I.2.2. Les processus d'identification à un rôle et leurs difficultés

L'identification à un rôle consiste pour un individu à se définir au moins en partie par les significations portées par le rôle, c'est-à-dire à travers les caractéristiques du personnage à incarner (Ashforth, 2001). Pour expliquer ce même processus, Goffman (1959) et Turner (1978) parlent aussi de fusion entre la personne et le rôle. Selon Ashforth (2001), les individus s'identifient plus facilement lorsqu'ils parviennent à se situer dans un contexte local, c'est-à-dire lorsqu'ils atteignent quatre motifs psychologiques : leur identité, du sens, du contrôle, et de l'appartenance. La littérature s'accorde à dire que l'identification favorise le bien-être dans le rôle ainsi qu'une performance organisationnelle (voir notamment Pratt, 1998). Toutefois, un individu peut également s'adapter à un rôle en s'en différenciant : c'est ce qu'on appelle la désidentification (voir notamment Elsbach, 1999). Elle est définie comme la différenciation et la distanciation active d'une personne par rapport au rôle qu'elle occupe (Dukerich et al., 1998). L'individu se définit alors par ce qu'il n'est pas par rapport au rôle. Les situations deviennent problématiques lorsqu'un individu s'identifie et se désidentifie fortement, et simultanément, par rapport à un même rôle (Dukerich et al., 1998). La littérature parle alors de conflits d'identification, conflits d'identité, ou encore d'identification schizophrène. Suivant Burellier (2008) nous définissons plus généralement le conflit d'identité (terme retenu pour cette communication) comme la perception d'une incompatibilité entre une identité personnelle et une identité de rôle.

La littérature étudiant les rôles hybrides se focalise sur ces situations extrêmes, recherchant à tout prix une meilleure identification au rôle, notamment via des dynamiques de travail identitaire (Snow & Anderson, 1987 ; Kreiner et al., 2006). Toutefois, des cas intermédiaires existent lorsque les individus s'identifient partiellement à un rôle. Ils combinent alors simultanément une identification modérée par rapport à certaines caractéristiques du rôle, et une désidentification modérée par rapport à d'autres de ses composants. Ces situations sont

caractérisées d'ambivalentes (voir notamment Ashforth & Mael, 1998). Or, peu d'articles associent la tenue d'un rôle hybride à cette forme d'identification (voir McGivern et al., 2006). Nous avançons ici que ni les conflits d'identité, ni la recherche d'une identification (ou désidentification) totale ne sont systématiques lors de transitions vers des rôles hybrides. Nous postulons au contraire que les situations intermédiaires (d'ambivalence identitaire) dominent. Notre question de recherche est la suivante :

Par quels processus d'identification un individu passe-t-il pour réussir une transition vers un rôle hybride ?

II. Etude de cas : quatre responsables de pôle dans un CHU

Notre recherche a pris la forme d'une étude de quatre cas de médecins-gestionnaires et de leurs principales relations de travail au sein d'un même CHU. Afin d'explicitier notre démarche, nous présentons dans un premier temps notre terrain de recherche (II.1) avant de préciser notre méthodologie (II.2).

II.1. Présentation du terrain d'étude

Depuis 2007 (loi portant sur la nouvelle gouvernance hospitalière), les hôpitaux publics français ont modifié leur organisation interne. D'une logique de services, ils sont passés à une logique de pôle d'activité. Un pôle d'activité est un regroupement de services ayant pour but de déconcentrer la gestion et de mutualiser les ressources. Ces entités sont gérées, via un système de contractualisation avec le directeur général, par un médecin responsable de pôle, au rôle hybride mêlant missions cliniques et activités de gestion. Il est assisté par un cadre supérieur (paramédical) et un cadre administratif. Bien que la loi ne l'indique pas, certains hôpitaux ont fait le choix de nommer aussi un directeur délégué (membre de la direction générale) afin de superviser le fonctionnement d'un ou plusieurs pôles.

Notre recherche a été conduite dans 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, ainsi qu'une mission

d'enseignement et recherche. Une partie des médecins a le statut de MCU-PH (Maître de Conférence des Universités-Praticien Hospitalier) ou de PU-PH (Professeur des Universités-Praticien Hospitalier). Ceux-ci mènent une activité multiple : clinique, enseignement, et recherche. Le CHU étudié compte 2 000 lits et environ 9 000 employés, 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 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 sont au nombre de 24. On trouve des pôles cliniques (12), des pôles médico-techniques (6), et des pôles administratifs et logistiques (6). Nous nous centrons ici sur les pôles cliniques et médico-techniques.

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). Comme d'autres établissements, le CHU étudié a également désigné un directeur référent (DH : Directeur d'Hôpital) pour assurer la coordination entre le pôle et le directeur général. 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 l'initiative de la démarche (candidature spontanée vs désignation forcée) n'ont été certifiés au cours de nos entretiens. Leurs premières semaines de prise de fonction ont été accompagnées de stages d'explication de la réforme. Des outils de suivi de l'activité leur ont été conférés, mais sont davantage utilisés par leurs assistants. 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, en raison de désignations plus tardives. En 2008 et 2009, cette contractualisation a cependant eu lieu.

II.2. Méthodologie de la recherche

Notre recherche a été conduite selon deux phases. Une première, exploratoire, a été réalisée entre mi-2008 et mi-2009. Durant celle-ci, nous avons rencontré 15 des 17 responsables de pôle via des entretiens semi-directifs d'une durée moyenne d'1h30. Ces entretiens portaient

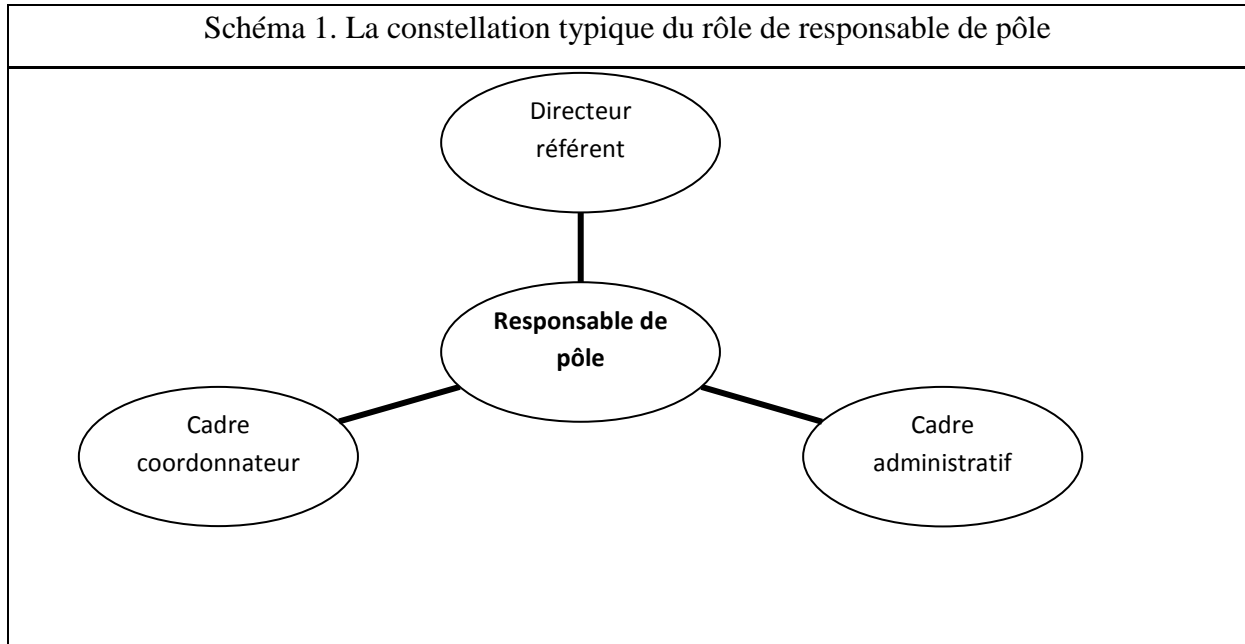
sur leur perception du rôle de responsable de pôle, leurs activités quotidiennes, l'évaluation qu'ils en faisaient (intérêts, importance, difficultés), leur nomination (motivation, procédure), leur évolution dans le rôle (compétences, personnalité, activités), ainsi que sur les valeurs qu'ils proclamaient être les leurs en tant que responsable de pôle. Nous avons également rencontré plusieurs membres de la direction, dont le directeur général, ses adjoints (l'actuel et son prédécesseur), la directrice des affaires médicales, la directrice des ressources humaines, ainsi qu'une ingénieure organisation et méthode ayant participé à la mise en place des pôles et assurant leur suivi. Nous les avons interrogés sur leurs attentes par rapport au rôle de responsable de pôle (perception, activités), la procédure de nomination, l'évolution du rôle, et l'accompagnement réalisé. Nous avons également mené une analyse documentaire à partir de la législation (réforme et présentations de la réforme) et de documents internes à l'établissement (présentations de la direction, fiches de poste, outils de gestion,...). A partir de ces matériaux, nous avons utilisé la grille de Nicholson (1984) pour catégoriser l'adaptation au rôle des 15 responsables de pôle rencontrés, en fonction des changements qu'ils ont réalisés dans ce qu'ils sont (changement personnel) et/ou ce qu'ils font (changement dans le rôle). La catégorisation est faite dans le tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1. Les modes d'ajustement aux transitions des responsables de pôle du CHU

		<i>Changement personnel</i>	
		<i>Faible</i>	<i>Fort</i>
<i>Changement du rôle</i>	<i>Faible</i>	<p>Réplication</p> <p>Anesthésie-Réanimation</p> <p>Pluridisciplinaire de médecine</p> <p>Psychiatrie-Neurologie</p>	<p>Absorption</p> <p>Appareil locomoteur</p> <p>Biologie</p> <p>Digidune</p> <p>Rééducation et physiologie</p> <p>Recherche</p> <p>Imagerie</p>
	<i>Fort</i>	<p>Détermination</p> <p>Couple-Enfant</p> <p>Médecine Aigue et Commun.</p> <p>Pharmacie</p> <p>Urgences-SAMU-SMUR</p> <p>Santé publique</p> <p>Cancérologie</p>	<p>Exploration</p> <p>Centre de gestion des blocs</p>

A partir de cette grille, nous avons sélectionné quatre responsables de pôle (jugés représentatifs de la diversité des situations) afin de les étudier plus en profondeur : les responsables des pôles Couple-Enfant, Anesthésie-Réanimation, Psychiatrie-Neurologie¹, et Appareil Locomoteur².

Depuis mi-2009, notre deuxième phase a consisté à mener quatre études de cas (sur les pôles précédemment cités) (Yin, 2002). Nous avons pour cela rencontré une seconde fois les quatre responsables de pôle afin d'obtenir des précisions sur leurs attentes vis-à-vis du rôle, leur évolution, leur positionnement sur des expériences précises, ou encore leurs interactions avec les différents acteurs du pôle (fréquence et nature). Afin de comprendre les relations de dépendance et de complémentarité dans la constellation de rôle des responsables de pôle, nous avons également interrogé leurs 3 principaux collaborateurs : le cadre coordonnateur, le cadre administratif, et le directeur référent³ (dont les prédécesseurs pour les cas de démission ou réaffectation). Nous les avons questionnés sur leur propre rôle (perception, activités), leur perception du rôle de responsable de pôle (attentes, décalages), leur territoire d'activité (et leurs frontières avec les autres rôles), et leurs interactions avec le responsable de pôle (fréquence et nature). Au total, nous avons mené 17 entretiens au cours de cette phase (toujours en cours de réalisation).



¹ Nous avons sélectionné deux cas dans la catégorie Réplication car les responsables de pôle en question répliquaient le rôle avec des différences notables (difficultés pour l'un, et au contraire aisance pour l'autre).

² Le cas du responsable de pôle Centre de Gestion des Blocs n'a pas pu être étudié par la suite, celui-ci ayant démissionné de sa fonction.

³ Les médecins responsables d'unité n'ont pas encore pu être tous interrogés.

Afin de comprendre plus finement l'identification des médecins à leur nouveau rôle (et également pour mettre en exergue des décalages avec les discours), nous avons procédé à des observations (20 au total) non participantes au sein de réunions de fonctionnement (hebdomadaires, mensuelles, annuelles) et de groupes de projets pour chacun des pôles étudiés (également en cours de réalisation). Nous avons particulièrement été vigilants au positionnement des responsables de pôle face à des problématiques médico-économiques (remplacement de personnel, fermeture de lits, réorganisation de secrétariats,...). Le tableau 2 récapitule la manière dont nous avons codé les matériaux.

Tableau 2. Référentiel de codage des matériaux récoltés

Matériaux	Concepts
Textes de loi Fiches de poste Présentations de la direction générale Missions et activités souhaitées par la constellation de rôle	Rôle prescrit
Missions et activités quotidiennes effectives, décrites	Rôle joué
Adéquation entre les missions effectivement réalisées par l'individu et celles attendues par l'organisation	Transition de rôle
Personne typique décrite par la constellation de rôle, par les textes de loi	Identité de rôle
Perception personnelle de son rôle (réponse à la question : « c'est quoi pour vous être responsable de pôle ? »)	Identité personnelle
Rapprochement effectué avec la personne typique décrite (évaluation personnelle du rôle ou prise de position typique de ce qu'on attend de cette personne)	Identification au rôle

III. Résultats : les processus d'identification au rôle de responsable de pôle

Nous détaillons dans cette partie les transitions de rôle et les processus d'identification observées pour chacune de nos études de cas : le responsable du pôle Couple-Enfant (III.1) ; la responsable du pôle Anesthésie-Réanimation (III.2) ; le responsable du pôle Psychiatrie-Neurologie (III.3) ; et le responsable du pôle Appareil Locomoteur (III.4).

III. 1. Le responsable du pôle Couple-Enfant

Désidentification du rôle (rejet de la réflexion médico-économique) + transition partielle (réalisation des activités prescrites mais uniquement de manière collective) (première phase)

Identification ambivalente au rôle (accent mis sur l'aspect médical mais réflexion imbriquant les deux logiques) + transition quasi-réussie (réalisation des activités prescrites seul) (deuxième phase)

Le pôle Couple-Enfant est le plus grand du CHU en termes d'effectifs (650 équivalents temps plein). Il est composé de cinq services : génétique et procréation, gynécologie et obstétrique, médecine néonatale et réanimation pédiatrique, pédiatrie, et chirurgie pédiatrique. Le responsable de ce pôle est généticien de spécialité, mais a exercé dans d'autres disciplines (pédiatriques notamment) au cours de sa carrière. Il n'avait pas souhaité initialement prendre cette fonction, a priori en raison d'un manque d'intérêt pour la gestion (c'est le seul responsable de pôle du CHU n'ayant pas eu de responsabilité de service auparavant). Selon la direction, il était même opposé à la réforme de la nouvelle gouvernance. Au terme d'une année de réflexion, sous la pression de ses confrères chefs de service (ayant tous refusé), il a finalement accepté le rôle. Au niveau financier, ce pôle est déficitaire.

Dans une première phase (2007-2008), le responsable de pôle semble relativement distant par rapport à son rôle. Il insiste sur le fait qu'il ne se considère pas comme responsable de pôle, ou, en tous cas, pas comme la loi ou la direction souhaiterait qu'il le soit. Il conçoit son rôle sur le versant médical, pas gestionnaire, et fait attention à ne pas mélanger les deux.

« [C'est quoi pour vous être responsable de pôle ?] Pour moi c'est « responsable médical ». Alors là je... J'insiste à dessein... j'insiste à dessein sur le terme

responsable « médical ». Ma réflexion est scandée par une interrogation permanente : est-ce que les soins que nous dispensons auprès des couples et des enfants, sont « state of the art » ? Sont au niveau requis par l'état d'avancée des sciences, des techniques et de l'éthique. Ca, c'est ma préoccupation constante. »

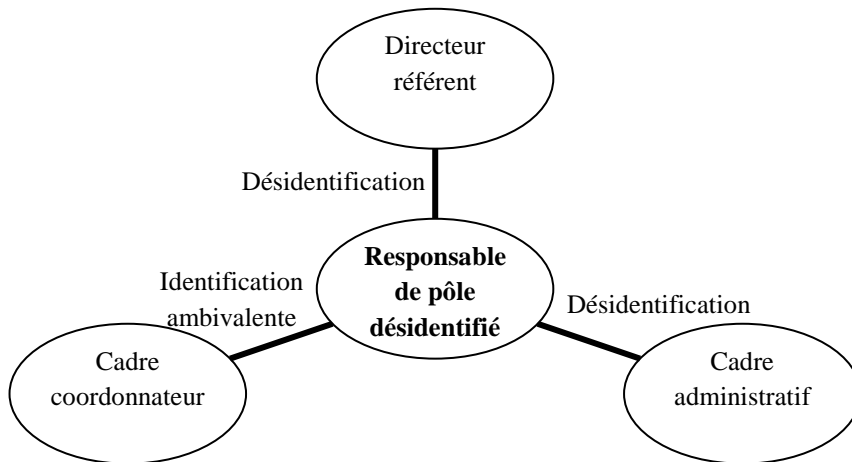
Pour lui, être responsable de pôle, c'est porter des enjeux médicaux devant l'administration, et les discuter pour décider collectivement. Devenir hybride signifierait ne plus tenir compte des contraintes cliniques. Il ouvre le dialogue mais refuse d'en porter seul la responsabilité. Le responsable du pôle Couple-Enfant se désidentifie donc par rapport à son rôle : bien que se reconnaissant dans l'aspect transversal de son travail, il rejette fortement la prise de décision médico-économique. Il se perçoit comme représentant médical vis-à-vis de la direction.

Toutefois, cette distanciation par rapport au rôle ne l'empêche pas d'assurer les missions qui lui sont attribuées, mais d'une manière personnalisée. Il répertorie quatre activités principales : l'animation de réunions de direction du pôle, l'accompagnement de projets, le suivi du budget de remplacement de personnel, et la participation à l'organisation des unités. Ces activités représentent la dimension collective du rôle. Il avoue refuser de travailler seul et préfère assumer sa responsabilité au cours des réunions où le directeur référent est présent. Ce choix parmi les activités correspond bien à sa conception du rôle, où il ne souhaite pas prendre de décision médico-économique seul. Sa transition de rôle est donc en partie effective.

Il regrette cependant les relations entretenues avec les membres de sa constellation, qui, selon lui, ne suivent pas totalement cette logique de réflexion collective. Il estime notamment que le directeur référent n'est pas assez présent aux réunions, et que, lorsqu'il l'est, ne participe pas assez aux débats qui lui sont chers, pour y confronter des arguments économiques. De même, il considère que le cadre administratif, censé discuter avec lui des questions médico-économiques du pôle, prend trop d'initiatives sans le consulter. Le cadre coordonnateur travaillerait, lui, davantage dans cette dynamique collective et constituerait un lien entre les différents protagonistes. Cette situation déséquilibrée s'est soldée par un conflit important sur un projet de réorganisation des secrétariats de pédiatrie, à cause d'une incompréhension des relations de travail. Le conflit a finalement conduit le cadre administratif à démissionner, le directeur référent à changer de pôle, et (plus tard) le cadre coordonnateur à quitter sa fonction.

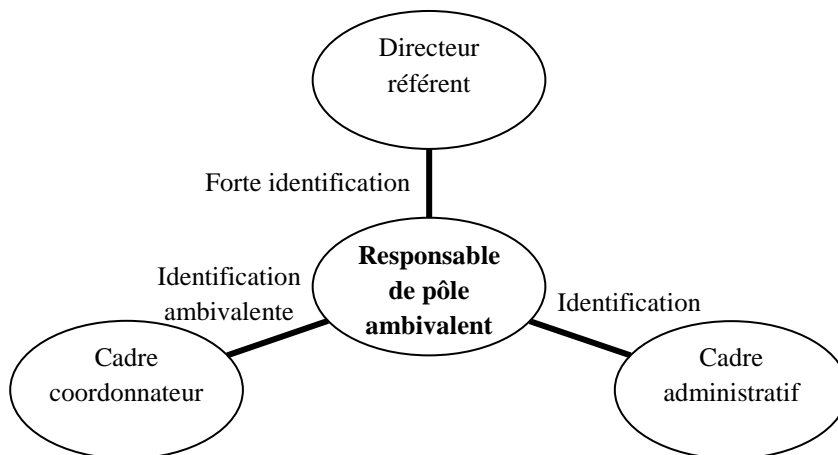
Seul le responsable de pôle est resté. Le schéma 2 illustre la constellation de rôle dans cette première phase.

Schéma 2 : L'identification relationnelle du responsable du pôle Couple-Enfant – Phase 1



Dans la deuxième phase (2009-2010), le changement d'interlocuteurs initié par la direction semble avoir inversé la tendance. Le schéma 3 illustre la nouvelle constellation de rôle de cette deuxième phase.

Schéma 3 : L'identification relationnelle du responsable du pôle Couple-Enfant – Phase 2



C'est notamment l'arrivée d'un nouveau directeur référent, plus participatif et incisif dans les discussions médico-économiques, qui aurait progressivement fait évoluer le responsable de

pôle. Les premières réunions en sa présence traduisent un changement dans son comportement : l'acceptation d'une réflexion médico-économique interne. Par exemple, concernant la mise à jour du tableau des emplois, le directeur référent est suivi par le responsable de pôle pour demander aux chefs de service d'être plus rigoureux dans leur suivi. Les réunions suivantes vont confirmer cette évolution, notamment lorsque le directeur référent s'absente et que le responsable de pôle propose lui-même des pistes de solution ou réexplique avec fermeté au personnel du pôle les messages de la direction générale. La réflexion médico-économique du responsable de pôle va jusqu'à surprendre ses interlocuteurs. Il en est même perçu comme un membre de la direction.

[Le responsable de pôle :] « Nous sommes au cœur de données contradictoires. On renforce la présence des mères auprès des enfants (avec les unités kangourou) alors même que certaines n'en ont plus besoin. Ce n'est pas favorable économiquement. On se tire une balle dans le pied. Ce qui m'embête, c'est que l'an dernier on avait noté une dérive trop humanitaire par rapport à l'occupation des locaux. Et aujourd'hui on empêche l'arrivée de nouveaux patients ! En plus, les professionnels de santé sont persuadés de faire du bon boulot en gardant les mères. Il faut faire sortir les mères ! C'est pas parce qu'on a des unités kangourou qu'on doit garder des mères pendant 20 jours ! »

[La cadre sage-femme :] « Non, mais attends, je ne peux pas te laisser dire ça ! On dirait le directeur référent qui parle ! ».

Le responsable de pôle semble dans cette dernière phase avoir presque totalement effectué sa transition de rôle. Cependant, il revendique toujours son positionnement initial : celui de responsable médical de pôle, favorisant les échanges et débats avec la direction. Par conséquent, il se trouve plutôt dans une situation d'identification ambivalente vis-à-vis de son rôle, où il accepte de réfléchir de manière médico-économique, mais pas d'en supporter seul les décisions.

III. 2. La responsable du pôle Anesthésie-Réanimation

Conflit d'identification (identification et désidentification simultanées à l'aspect gestionnaire) + transition réussie (mise en œuvre des missions et activités attendues) (première et deuxième phases identiques)

Le pôle Anesthésie-Réanimation est le regroupement de deux services : anesthésie et réanimation. Il compte 350 équivalents temps plein. Le responsable du pôle est une femme (l'une des deux seules du CHU), réanimatrice de spécialité. Elle est le seul responsable de pôle à ne pas avoir le statut de PUPH, mais de MCUPH. Elle souhaitait cette nomination qu'elle estimait logique au vue de son expérience dans l'établissement, de sa connaissance des instances de direction, et de son activité déjà fortement managériale (contrairement aux autres responsables de pôle, elle dit avoir une activité majoritairement administrative). Les principaux projets du pôle sont des projets ayant déjà été tentés auparavant, mais ayant tous échoué (pour des raisons qui nous sont inconnues, mais hypothétiquement liés à une faible justification économique). Au niveau financier, ce pôle est déficitaire.

Dans une première phase (2007-2008), la responsable du pôle insiste sur l'aspect médical de son rôle. A l'instar du responsable du pôle Couple-Enfant, elle se définit comme « responsable médical de pôle ». Elle ne souhaite pas être perçue comme gestionnaire, surtout par ses équipes. Cependant, contrairement au responsable du pôle Couple-Enfant, elle ne rejette pas définitivement cet aspect gestionnaire. Elle utilise constamment un vocabulaire médico-économique pour parler de problématiques cliniques (réorganisation des activités, études médico-économiques) et se revendique comme le responsable de pôle le plus désengagé de ses responsabilités médicales. Elle se définit même à plusieurs reprises comme « chef de pôle », expression renvoyant à une dimension encore plus gestionnaire du rôle, De manière contradictoire, elle qualifie presque immédiatement ce terme d'« horrible ». Son discours et son comportement en réunion montrent bien qu'elle tente de combiner les deux logiques identitaires, malgré les difficultés qui y sont liées.

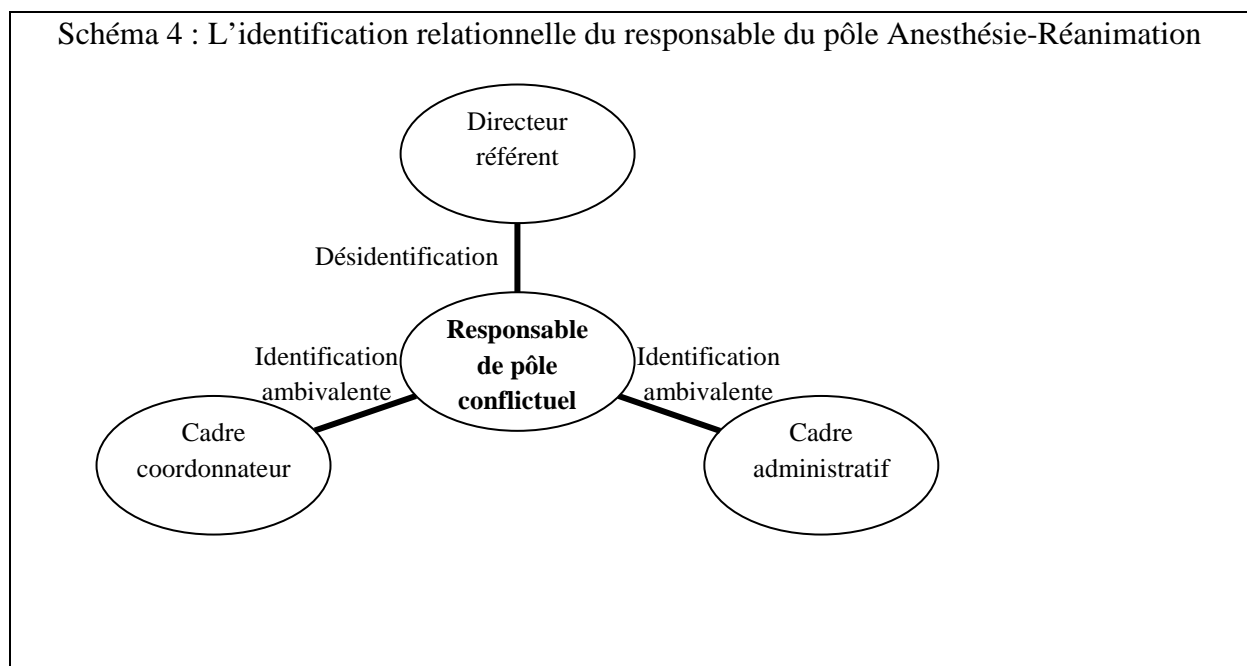
« La difficulté, si vous voulez, quand on est médecin responsable de pôle, on est encore médecin, alors qu'on voudrait bien nous voir complètement administratif, avoir une ligne pure et dure... Donc moi j'essaie de l'avoir en disant « attention il faut faire des économies ! » N'empêche que, si vous voulez, on est quand même en lien avec la base, avec les médecins en dessous. Or, les médecins, les soignants, ils comprennent pas cette économie à coûts forcés, ce retour à l'équilibre... Donc c'est un peu schizophrénique le responsable de pôle. »

La responsable de ce pôle est donc dans une situation de conflit d'identification : elle s'identifie et se désidentifie successivement par rapport à ses rôles médical et gestionnaire. Son comportement indique qu'elle souhaiterait pouvoir ne pas être gestionnaire pour

entretenir de meilleures relations avec les équipes médicales, mais que cette identité s'impose à elle. Elle représente le médecin-gestionnaire schizophrène.

Toutefois, et contre toute attente, cette situation a priori difficilement supportable ne l'empêche pas de réaliser les activités prescrites. A ce niveau-là, la responsable de pôle semble même relativement habituée à son rôle. Elle dit mener des études médico-économiques avec des instances externes, initier des réorganisations d'activité dans le pôle, ou encore mettre en place des projets transversaux. Cependant, elle évoque de nombreuses difficultés pour assumer ce rôle en pratique, en particulier concernant les injonctions contradictoires qu'elle rencontre.

Les relations de la responsable de pôle avec sa constellation de rôle sont de nature suspicieuse. Le schéma 4 illustre ces relations.



Elle pense notamment que le cadre coordonnateur et le cadre administratif sont poussés par la direction à travailler sans elle. Bien que leur coordination soit efficace, la responsable souhaiterait davantage d'interactions. Mais ses plaintes se dirigent surtout à l'encontre du directeur référent qu'elle considère comme peu aidant vis-à-vis du pôle. Selon elle, il ne le défend pas auprès de la direction et du personnel autant qu'il pourrait le faire avec d'autres. Son rôle ne correspond pas à celui qu'elle souhaiterait.

« On nous a mis un directeur référent et un cadre administratif. Alors, le directeur référent, il est directeur référent sur plusieurs pôles, donc il a pas toujours beaucoup de temps à nous consacrer. Moi, j'étais très naïve, je pensais que le directeur référent devait être aidant dans nos projet, or il est plutôt freinant. Toutes les semaines ils ont des réunions avec la direction, et tous nos projets... alors qu'on les construit, on fait des études médico-économiques, on fait un projet vraiment comme il faut,... in fine, on passe une année, deux années à faire un seul projet, et in fine, il est barré au niveau de la direction. Alors, aucune aide, moi je trouve, du directeur référent. Il fait ce que dit la direction. »

La deuxième phase (2009-2010) ne montre pas d'évolution flagrante dans l'identification à son rôle. Sa situation conflictuelle est toujours présente, changeant de discours et de positionnement successivement face à ses différents interlocuteurs. Sa manière de tenir son rôle n'a visiblement pas évolué non plus. Son travail est toujours dans la lignée de ce qui lui a été prescrit.

III. 3. Le responsable du pôle Psychiatrie-Neurologie

Identification ambivalente (identification et désidentification partielles par rapport aux aspects médico-économiques) + transition réussie (mise en œuvre des activités prescrites) (première et deuxième phase identiques)

Le pôle Psychiatrie-Neurologie est le regroupement de deux services : psychiatrie et neurologie. Il compte 300 équivalents temps plein, taille moyenne pour un pôle de ce CHU. Le responsable de pôle, psychiatre de formation, ne s'était pas porté volontaire initialement pour ce poste. C'est suite au désistement de son confrère neurologue qu'il a fini par accepter la fonction. Selon la direction générale, il était l'un des médecins les plus opposés à la réforme de la nouvelle gouvernance (nous avons peu d'informations sur ce point, mais il semblerait qu'il ait refusé l'idée d'associer les médecins à la gestion de l'hôpital). Au niveau financier, ce pôle est déficitaire.

Dans la première phase (2007-2008), le responsable du pôle se revendique lui aussi comme « responsable médical de pôle », mais pas pour les mêmes raisons que ses confrères. Pour lui,

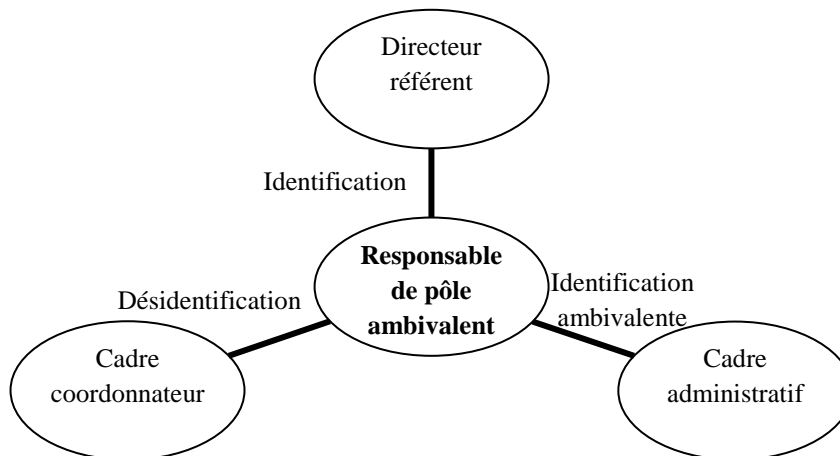
c'est une manière d'exprimer son intérêt pour transversalité entre les deux disciplines du pôle. Il n'insiste pas sur un attachement particulier à sa spécialité clinique.

« [Lui demandant comment il perçoit son rôle de chef... puis responsable de pôle] Oui, ben responsable médical, parce que chef effectivement... Mais bon c'est... chef de service, chef de département, on pourrait dire chef de pôle. Je trouve que c'est d'abord un travail de coordination et de mise en musique, c'est-à-dire permettre aux gens de travailler ensemble, de se donner un projet commun, et de faire en sorte qu'effectivement, le navire avance de façon la plus tranquille possible, on va dire. »

A l'opposé, il ne se définit pas non plus totalement comme gestionnaire. Bien qu'utilisant, comme la responsable du pôle Anesthésie-Réanimation, un vocabulaire médico-économique, il ne semble pas totalement à l'aise avec ces concepts. Sans s'y opposer, il préfère prendre une certaine distance par rapport à ce versant du rôle. Ce responsable de pôle se trouve donc plutôt dans une situation ambivalente, où, simultanément, il s'identifie en partie à l'idée de gestion transversale des activités mais se désidentifie, en partie également, des aspects médico-économiques. Contrairement à la responsable du pôle Anesthésie-Réanimation, rien n'indique dans son comportement qu'il tente d'échapper à l'une ou l'autre des facettes : il combine les deux sans souffrance. Il représente le cas du médecin semi-gestionnaire.

Cette ambivalence identitaire ne lui pose pas de problème quant à la tenue de son rôle, au contraire. Son travail quotidien semble correspondre à ce que l'on attend de lui : il conduit des projets (de réorganisation notamment), anime les réunions de pôle, supervise la gestion des effectifs paramédicaux, intervient dans les conflits au sein de ses deux services, tente d'instaurer une comptabilité analytique interne (pour le suivi des dépenses de consommables informatiques). Il exerce son rôle de manière plutôt centralisée avec les membres de sa constellation. Typiquement, il demande à ses assistants de lui fournir des informations (au niveau du personnel paramédical par exemple), charge à lui de les analyser. Ce système d'interaction convenant peu à son cadre coordonnateur, celui-ci a été remplacé récemment. La communication semble plus efficace actuellement avec le nouveau coordonnateur, s'avérant en accord avec ce type de fonctionnement. Les relations avec le directeur référent semblent convenir à ce que le responsable attend de son rôle : un collaborateur dans la prise de décision. Le schéma 5 illustre ces relations.

Schéma 5 : L'identification relationnelle du responsable du pôle Psychiatrie-Neurologie



Dans ce cas aussi, l'étude en deuxième phase (2009-2010) du responsable de pôle ne montre pas d'évolution perceptible. Nous considérons donc qu'il n'y en a pas eu, ou alors qu'elles ont été mineures. Celui-ci a mené à terme certains de ses projets, et continue d'exercer les mêmes activités. Bien que le directeur référent ait été remplacé (réorganisation), le fonctionnement est resté similaire.

III. 4. Le responsable du pôle Appareil Locomoteur

Identification forte (attachement à la transversalité et surtout aux valeurs médico-économiques) + transition réussie (mise en œuvre des missions attendues) (première et deuxième phases identiques)

Le pôle Appareil Locomoteur était initialement constitué de trois services : chirurgie orthopédique et traumatologie du sport, rhumatologie, et gériatrie. Il compte 350 équivalents temps plein. Le responsable de ce pôle est chirurgien orthopédique. Il a accepté la fonction sans difficulté, avouant s'accorder pleinement avec la logique de la réforme. Suite à une réorganisation, ce pôle ne comprend désormais plus la gériatrie. C'est le pôle qui produit l'activité la plus excédentaire du CHU (la plupart des pôles étant en déficit).

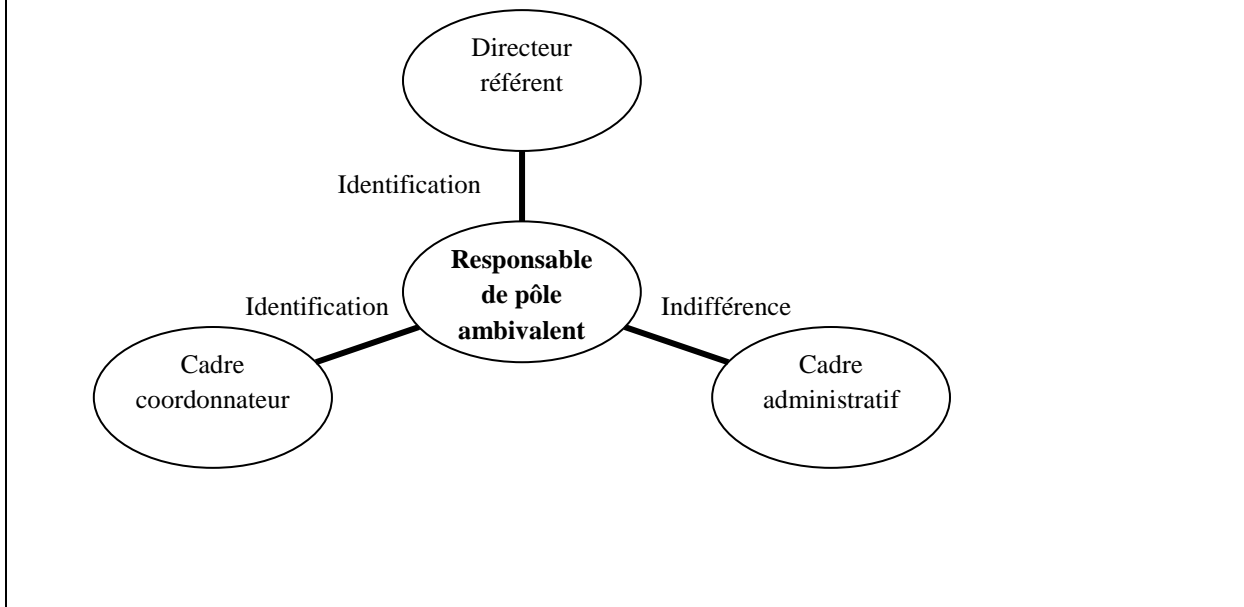
Dans la première phase (2007-2008), le responsable du pôle montre un intérêt notable pour la gestion, l'entrepreneuriat médical, et notamment pour les questions médico-économiques. Contrairement aux autres responsables de pôle étudiés, son arrivée dans le rôle ne semble pas avoir percuté son identité. Il revendique s'être toujours considéré comme un acteur hybride, mi-médecin, mi-gestionnaire. Il critique même le stéréotype du médecin non-gestionnaire.

« [Mon rôle] C'est pas du tout dans la culture service public : on attend le patient, surtout faut pas faire de vague, s'il vient, ça vient, s'il vient pas, ben c'est pas grave... J'ai pas du tout été élevé dans cette optique là. J'ai toujours pensé que l'avenir de la médecine c'était pas attendre dans son fauteuil que les gens viennent vous voir en disant « je suis le meilleur, je suis le plus fort », mais qu'il fallait prouver qu'on était le meilleur et le plus fort, pour que les gens puissent venir vous voir. Et j'ai toujours été dans cette culture, je dirais, de la qualité et puis de l'efficience... Quand je suis passé responsable de pôle, ça m'a pas changé grand-chose. Dans la façon de gérer mon service, j'étais déjà dans cette dynamique de productivité, d'activité extrêmement importante. »

Rien n'indique dans son discours ou son comportement une volonté de se détacher de son rôle, même s'il lui reproche de ne pas s'inscrire suffisamment dans une logique d'entrepreneur médical. Il se trouve donc dans une posture de forte identification vis-à-vis de son rôle. Il se définit comme un « chef d'entreprise ».

Cette situation confortable lui permet d'assumer sans grandes difficultés les activités qui lui sont prescrites. Il met surtout l'accent sur la rédaction du contrat de pôle (qui l'engage vis-à-vis de la direction), et notamment les prévisions et le suivi d'activité. Son travail est plutôt orienté vers la comptabilité analytique. Il a également choisi de ne pas programmer autant de réunions que dans les autres pôles. Au niveau de sa constellation de rôle, le responsable se montre plutôt autonome dans son fonctionnement. Il collabore étroitement avec son cadre coordonnateur sur les questions de gestion d'effectifs paramédicaux, et notamment sur le suivi du budget de remplacement. N'ayant, par contre, pas disposé de cadre administratif pendant longtemps, il rencontre des difficultés à situer son rôle dans la constellation. Les interactions avec le directeur référent sont moins fréquentes que dans d'autres pôles. A la différence des trois cas précédents, le responsable le considère comme un conseiller, qu'il va interpeller selon ses besoins. Il existe une relation d'égal à égal entre les deux acteurs. Le schéma 6 illustre les relations.

Schéma 6 : L'identification relationnelle du responsable du pôle Appareil Locomoteur



Ce responsable de pôle ne montre là non plus aucune évolution majeure dans son comportement lors de la deuxième phase (2009-2010). Il demeure fortement identifié à son rôle et exerce les mêmes activités.

IV. Discussion : des processus d'identification variés pour une même réussite des transitions ?

Nous envisageons d'abord les apports théoriques de notre travail (IV.1) avant d'en inférer des préconisations managériales (IV.2), puis de discuter nos résultats (IV.3).

IV.1. Implications théoriques : l'importance de l'identification relationnelle dans les transitions de rôle

Nous identifions quatre contributions théoriques via nos résultats. Elles concernent le lien entre identification et transition de rôle, les conséquences de l'identification pour l'organisation et les individus, la résolution des conflits et difficultés liées à l'identité, et l'importance de l'identification relationnelle dans le processus de d'identification à un rôle.

Premièrement, nos résultats montrent que les chemins d'identification pour parvenir à une transition de rôle réussie sont variés. Le responsable du pôle Couple-Enfant se désidentifie initialement par rapport à son rôle, mais cela ne l'empêche pas d'assurer globalement ses missions. La responsable du pôle Anesthésie-Réanimation, bien qu'en état d'identification conflictuelle à l'égard de son rôle, met en œuvre les activités prescrites par l'organisation. Le responsable du pôle Psychiatrie-Neurologie, partiellement identifié à son rôle, exerce sans difficulté son travail de responsable. Le responsable du pôle Appareil Locomoteur s'identifie pleinement à son rôle, qu'il effectue avec aisance. Désidentification, conflit d'identification, et identification ambivalente, sont donc autant envisageables qu'une identification forte dans le cadre d'une transition. Nous contestons par conséquent l'hypothèse portée par la littérature sur les transitions de rôle (notamment Nicholson, 1984) postulant que les transitions ne sont effectives que lorsque les individus se fondent dans leur rôle. L'identification au rôle n'est pas un pré-requis pour le mettre en acte.

Deuxièmement, les conséquences pour les individus sont à pointer. Une identification conflictuelle, une désidentification, ou même une identification ambivalente peuvent affaiblir le bien-être dans le rôle, comme le montre le cas de l'Anesthésie-Réanimation, dont la responsable se trouve en dissonance cognitive (Festinger, 1957). Nos résultats ne corroborent cependant pas de conséquences particulièrement dommageables pour l'organisation en cas de problèmes d'identification au rôle, les individus supportant les éventuelles difficultés (par exemple, les injonctions contradictoires). En revanche, les situations a priori favorables (forte identification et identification ambivalente) ne préviennent pas de possibles dysfonctionnements pour l'organisation. Le cas d'un des pôles non étudiés en profondeur (Centre de Gestion des Blocs) montre qu'en s'identifiant fortement (voire en se sur-identifiant) à son rôle, et en innovant dans celui-ci, un individu peut se heurter à des collaborateurs aux identités moins hybrides (ce responsable a été obligé de démissionner pour ne pas bouleverser le fonctionnement des chirurgiens). Nous rejetons donc ici le postulat selon lequel l'identification est obligatoirement bénéfique à l'organisation (Pratt, 1998).

Troisièmement, les conflits d'identification, souvent évoqués par la littérature lorsque des professionnels prennent des rôles hybrides (voir notamment McGivern et al., 2006), n'apparaissent pas systématiquement. Parmi les quatre individus étudiés, seul un en souffre effectivement. Ce présupposé est donc à nuancer. De plus, de nombreuses recherches ont

récemment expliqué comment des individus souffrant de ces problèmes d'identification parviennent, seuls, à résoudre ces difficultés (Ibarra, 1999 ; Kreiner et al., 2006 ; Pratt et al., 2006). Nous mettons ici en évidence que les difficultés d'identification ne sont pas toujours résolues individuellement. Comme l'illustre le cas de la responsable du pôle Anesthésie-Réanimation, un conflit d'identité peut être supporté par un individu, sans qu'il y ait résolution du conflit, charge alors à la personne de vivre avec. De même, dans le cas du responsable du pôle Couple-Enfant, la désidentification n'a pas non plus évolué seule. C'est l'organisation, en modifiant la nature de la constellation de rôle, qui est parvenue (volontairement ou non), à calmer la situation. Nous avançons donc également, qu'en dehors d'une résolution individuelle, une difficulté d'identification peut très bien être laissée à la charge d'un collectif. Nous rejoignons l'idée de Pratt (2000) concernant l'utilisation de mentors comment un moyen de gérer les identités.

Quatrièmement, nous postulons que les processus d'identification ne sont pas qu'individuels. Nos quatre cas d'étude montrent une importance relative de chaque collaborateur du responsable de pôle dans la réussite de son processus d'identification, et notamment du directeur référent. Nous avançons que les dynamiques d'identification relationnelle (Sluss & Ashforth, 2007) expliqueraient l'évolution d'une identification à un rôle. Le responsable du pôle Couple-Enfant en est la démonstration la plus évidente. Alors désidentifié vis-à-vis de son rôle dans une première phase, il se retrouve un an plus tard en posture d'identification ambivalente. Le changement des relations avec les trois membres de sa constellation ne nous semble pas anodin. En étudiant plus précisément les perceptions de chaque acteur vis-à-vis du rôle de ses collaborateurs, nous repérons une dépendance au sein de la relation entre le responsable de pôle et son directeur référent. Une même conception du rôle, de ses frontières, et de l'interaction qui en naît, constituerait un pré-requis à l'identification dans certains cas. Notamment, lorsqu'un individu est en désidentification (ou en conflit d'identification) par rapport à son rôle, une identification relationnelle forte à l'égard d'au moins un des membres de sa constellation (le plus symbolique à l'égard du rôle), lui permettrait de s'identifier plus fortement à son rôle. Dans le cas contraire (sans l'appui d'une identification relationnelle forte), l'individu resterait au statu quo. C'est le cas de la responsable du pôle Anesthésie-Réanimation qui ne peut extérioriser son conflit d'identité. Par contre, dans les situations moins problématiques pour l'individu (identification et identification ambivalente),

l'identification relationnelle (quelle qu'elle soit) n'aurait pas d'impact. Nos quatre cas ont été précédemment illustrés dans les schémas 2 à 6.

4.1.2. Implications managériales : l'importance de la souplesse des rôles et des relations inter-rôles

Nous proposons quatre contributions managériales via nos résultats. Elles concernent le recrutement, les définitions de poste, l'accompagnement individuel, et les reconfigurations de rôle. Premièrement, contrairement à ce que les directions d'hôpitaux ou d'autres organisations pourraient intuitivement penser, le processus de recrutement pour des rôles hybrides (notamment de responsables de pôle) n'est pas décisif en termes d'identification et d'engagement. Parmi nos quatre cas, deux médecins souhaitaient activement être nommés responsables de pôle, deux autres y étaient très réticents. Or, après plus de trois ans de fonctionnement, ceux se révélant les plus engagés dans le rôle ne sont pas ceux initialement pressentis. Nous ne pouvons donc pas faire de lien entre la motivation et l'adéquation des compétences initiales, et la performance actuelle dans le rôle. Pour l'instant en tous cas, aucune recommandation n'est possible sur ce point.

Deuxièmement, il semble évident que la manière dont sont présentés les rôles (via les fiches de poste notamment) a, elle, un impact sur la manière dont les individus s'y identifient. Plusieurs des responsables de pôle rencontrés ont affirmé ne pas avoir compris ce qu'on leur demandait de faire pendant plusieurs mois, et cela pour deux raisons : d'abord parce qu'il s'agissait d'un nouveau rôle ; mais aussi parce qu'il y a eu un décalage entre l'annonce et les prescriptions réelles. Dans le cas de rôles inédits surtout, il serait intéressant de ne pas figer une fiche de poste, mais de proposer plutôt des rencontres entre les titulaires du rôle et les gestionnaires RH afin de recadrer les missions si besoin et d'envisager des évolutions d'activités. Un travail d'accompagnement de ce type permettrait aussi aux individus de s'identifier collectivement à la fonction, dynamique que nous n'avons pas du tout observée.

Troisièmement, aucun des individus étudiés n'a prétendu avoir suivi une formation l'ayant permis de mieux tenir son rôle. Le cas des médecins est d'autant plus spécifique qu'il est difficile de pouvoir les mobiliser collectivement pour des stages d'au moins une demi-journée. Nous préconisons dans ces situations un accompagnement plus personnalisé. Comme

l'a montré l'expérience d'un des responsables de pôle, des rencontres régulières avec un accompagnateur (manager quelconque, ou directeur référent/délégué dans un hôpital) peuvent favoriser la compréhension et l'acceptation du rôle. Ce mentor sera là pour le conseiller et lui servir de modèle.

Quatrièmement, au vue de ce cas également, nous retenons l'importance de ne pas figer une organisation. Si le rôle est nouveau et que les acteurs ne sont pas habitués à travailler ensemble, il semble capital de laisser de la place à l'innovation dans les rôles. Cette innovation va permettre de faire évoluer, de manière personnalisée, les interactions entre individus. Le travail des gestionnaires sera de rester vigilant quant aux relations de rôle bloquées, et d'intervenir pour faire se repositionner les acteurs. En dernier recours, des réorganisations plus globales peuvent être envisagées (par exemple, dans le cas d'un hôpital, la réaffectation dans un autre pôle).

4.3. Limites et prolongations de la recherche

Ce travail de recherche comporte un certain nombre de limites. Elles concernent premièrement la spécificité du cas traité. Nous étudions un CHU, donc des médecins ayant déjà un rôle hybride : médecin-enseignant-chercheur. Que se passerait-il dans un établissement de santé où les médecins sont centrés sur leurs activités cliniques ? Auraient-ils moins de facilité à concilier une activité supplémentaire, car moins habitués à le faire ? Ou, au contraire, seraient-ils plus aptes car n'ayant pas de missions de recherche et d'enseignement à assurer ? Les transitions observées pourraient s'avérer différentes. Pour enrichir notre travail, nous envisageons de nouvelles études de cas dans un établissement plus petit, non universitaire.

Deuxièmement, nous travaillons sur les discours et les observations pour cerner les activités effectivement réalisées par les responsables de pôle. Au-delà de ces informations et d'un travail de triangulation de notre part, il nous est difficile de vérifier la véracité de ce qui est dit. Notre appréciation des transitions est donc certainement en partie faussée par ces décalages entre missions dites réalisées et missions effectivement réalisées. Nous veillerons dans la poursuite de ce travail à maintenir une rigueur dans la manipulation des matériaux.

Troisièmement, notre recherche porte sur le concept d'identité. Or, l'identité est imbriquée dans le comportement de l'individu. Il nous est parfois difficile de déterminer si les changements de comportements que nous observons sont directement liés à l'identité de l'individu, ou bien dépendants d'autres caractéristiques personnelles (compétences, motivation...), ou encore d'éléments contextuels (organisation du travail, formation...). Adopter une démarche plus compréhensive des phénomènes nous permettrait de résoudre en partie ce problème.

Quatrièmement, les processus d'évolution identitaire sont lents, d'autant plus chez des professionnels. Notre travail a tenté d'illustrer l'identification de médecins sur une période de trois ans. Cette période est-elle suffisante ? Nous pensons qu'elle permet d'observer des tendances d'identification, mais pas encore des changements significatifs. Nous allons poursuivre nos études de cas sur une plus longue période pour vérifier si les évolutions se confirment ou si de nouvelles orientations vont apparaître.

CONCLUSION

Ce travail avait pour vocation de mieux comprendre les processus d'identification dans le cadre de transitions de rôle. A partir d'une démarche qualitative, et de quatre études de cas de médecins prenant la position de responsables de pôle (rôle hybride de médecin-gestionnaire), nous avons pu repérer des processus d'identification variés : identification forte, désidentification, identification ambivalente, et identification conflictuelle. Ces quatre médecins s'avèrent pourtant assurer convenablement les missions que l'organisation attend d'eux. Nous en retirons quatre leçons. Premièrement, pour qu'une transition de rôle soit effective, l'identification à un rôle n'est pas systématiquement requise. Deuxièmement, les difficultés d'identification n'ont pas forcément de conséquences organisationnelles graves. Elles sont davantage préjudiciables aux individus. Troisièmement, les conflits d'identité présumés lorsqu'un professionnel prend un rôle hybride ne sont pas systématiquement avérés. Et si conflits il y a, les individus ne sont pas forcément aptes à les gérer seuls. Quatrièmement, l'identification relationnelle aux membres d'une même constellation de rôle permettrait de s'identifier plus facilement à son propre rôle.

BIBLIOGRAPHIE

Ashburner L., Ferlie E., FitzGerald L. (1996), Organizational transformation and top-down change: the case of the NHS, *British Journal of Management*, vol. 7, n°1, p. 1-16.

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

Ashforth B. E., Kreiner G. E., Fugate M. (2000), All in a day's work: boundaries and micro role transitions, *Academy of Management Review*, vol. 25, n°3, 472-491.

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.

Bolton S. C. (2000), Nurses as managers: between a professional rock and an HRM hard place?, *Human Resource Development International*, vol. 3, n°2, p. 229-234.

Bolton S. C. (2004), A simple matter of control? NHS hospital nurses and new management, *Journal of Management Studies*, vol. 41, n°2, p. 317-333.

Brewer M. B. (1991), The social self: on being the same and different at the same time, *Personality and Social Psychology Bulletin*, vol. 17, 475-482.

Brooks I. (1999), Managerialist professionalism: the destruction of a non-conforming subculture, *British Journal of Management*, vol.10, n°1, p. 41-52.

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

Butterfield R., Edwards C., Woodall J. (2004), The new public management and the UK police service: the role of the police sergeant in the implementation of performance management, *Public Management Review*, vol. 6, n°3, p. 395-415.

Butterfield R., Edwards C., Woodwall J. (2005), The new public management and managerial roles: the case of the police sergeant, *British Journal of Management*, vol. 16, n°4, p. 329-341.

Button W. J., Roberts G. (1997), Communication, clinical directorates, and the corporate NHS, *Journal of Public Relations Research*, vol. 9, n°2, p. 141-162.

Chreim S., Williams B. E., Hinings C. R. (2007), Interlevel influences on the reconstruction of professional role identity, *Academy of Management Journal*, vol. 50, n°6, 1515-1539.

- Dukerich J. M., Golden B. R., Shortell S. M. (2002), Beauty is in the eye of the beholder: the impact of organizational identification, identity and image on the cooperative behaviors of physicians, *Administrative Science Quarterly*, vol. 47, n°3, 507-533.
- Ebaugh H. R. F. (1988), *Becoming an ex: the process of role exit*, Chicago: University of Chicago Press
- Ferlie E., Ashburner L., Fitzgerald L., Pettigrew A. M. (1996), *The new public management in action*, Oxford University Press.
- Festinger L. (1957), *A theory of cognitive dissonance*, Evanston, IL: Row, Peterson
- Fitzgerald L., Ferlie E. (2000), Professionals: back to the future?, *Human Relations*, vol. 53, n°5, p. 713–739.
- Gecas V. (1986), The motivational significance of self-concept for socialization theory, in E. J. Lawler (Ed.), *Advances in group processes*, (vol. 3, 131-156), Greenwich, CT: JAI.
- Goffman E. (1959), *The presentation of self in everyday life*, Garden City, NY: Doubleday.
- Hogg M. A., Terry D. J. (2000), Social identity and self-categorization processes in organizational contexts, *Academy of Management Review*, vol. 25, n°1, 121-140.
- Ibarra H. (1999), Provisional selves: experimenting with image and identity in professional adaptation, *Administrative Science Quarterly*, vol. 44, n°4, 764-791.
- 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.
- Kreiner G. E., Hollensbe E. C., Sheep M. L. (2006), Where is the "me" among the "we"? Identity work and the search for optimal balance, *Academy of Management Journal*, vol. 49, n°5, 1031-1057.
- Llewellyn S. (2001), "Two-way window": clinicians as medical managers, *Organization Studies*, vol. 22, n°4, p. 593–623.
- Loubet G. (2007), *Du praticien hospitalier au médecin-gestionnaire : hybridation du métier et tensions de rôle. Une étude exploratoire*, Doctorat de sciences de gestion, Université Montpellier II, 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.
- Munton A., West M. (1995), Innovation and personal change: patterns of adjustment to relocation, *Journal of Organizational Behavior*, vol. 16, n°4, 363-374.

- Neale M., Griffin M. A. (2006), A model of self-held work roles and role transitions, *Human Performance*, vol. 19, n°1, 23-41.
- Nicholson N. (1984), A theory of work role transitions, *Administrative Science Quarterly*, vol. 29, 172-191.
- Pratt M.G. (2000), The good, the bad, and the ambivalent: managing identification among Amway distributors, *Administrative Science Quarterly*, vol. 45, n°3, 456-493.
- Pratt, M. G., Rockmann K. W., Kaufmann J. B. (2006), Constructing professional identity: the role of work and identity learning cycles in the customization of identity among medical residents, *Academy of Management Journal*, vol. 49, n°2, 235-262.
- Reay T., Golden-Biddle K., Germann K. (2005), Legitimizing a new role: small wins and microprocesses of change, *Academy of Management Journal*, vol. 49, n°5, 977-998.
- Rothbard N. P. (2001), Enriching or depleting? The dynamics of engagement in work and family roles, *Administrative Science Quarterly*, vol. 46, n°4, 655-684.
- Sluss D. M., Ashforth B. E. (2007), Relational identity and identification: defining ourselves through work relationships, *Academy of Management Review*, vol. 32, n°1, 9-32.
- Snow D. A., Anderson L. (1987), Identity work among the homeless: the verbal construction and avowal of personal identities, *American Journal of Sociology*, vol. 92, n°6, 1336-1371.
- Stets J. E., Burke P. J. (2000), Identity theory and social identity theory, *Social Psychology Quarterly*, vol. 63, n°3, 224-237.
- Stryker S. (1980), *Symbolic interactionism: a social structural version*, Menlo Park, CA: Benjamin/Cummings.
- Tajfel H., Turner J. C. (1986), The social identity theory of intergroup behavior, in S. Worchel & W. G. Austin (Eds.), *Psychology of intergroup relations* (2nd ed., 7-24), Chicago: Nelson-Hall.
- Wrzesniewski A., Dutton J. E. (2001), Crafting a job: revisioning employees as active crafters of their work, *Academy of Management Review*, vol. 26, n°2, 179-201.
- Yin R. K. (2002), *Case study research, design and methods* (3rd Ed.), Newbury Park, Sage Publications.