

HEC Montréal

Le médecin comme stratège

par

Senécal, Camille

Sciences de la gestion

(Option Stratégie)

Mémoire présenté en vue de l'obtention du

grade de maîtrise ès sciences

(M.Sc.)

Janvier 2018

© Camille Senécal, 2018

SOMMAIRE

Les perpétuelles demandes pour une meilleure accessibilité des soins et pour une amélioration continue de la performance du système de santé proviennent de divers organismes, telles les instances gouvernementales (Denis *et al.*, 2013). Dans le but de répondre à ces pressions, les établissements de santé tentent d'impliquer à la fois le personnel soignant ainsi que les médecins (Denis *et al.*, 2013). Des études ont démontré que l'engagement des médecins dans des rôles de gestion constitue un élément important quant à une meilleure performance du système de santé. La formation académique que suivent les médecins fait en sorte qu'ils sont souvent considérés comme étant des sources critiques d'information stratégique (Witman *et al.*, 2010). C'est pourquoi ces derniers prennent de plus en plus part aux responsabilités administratives qui se retrouvent à l'intérieur de leur établissement de santé. Ainsi, la traditionnelle hiérarchie selon laquelle les dirigeants administratifs supportaient seuls l'organisation du système de soins et de santé et que les médecins pratiquaient la médecine ne semble plus en mesure de satisfaire les besoins de la population actuelle. C'est dans ce contexte de grands changements du système de santé québécois que s'inscrit ce mémoire.

L'objectif de ce travail vise à développer une compréhension plus approfondie de la manière dont le médecin gestionnaire joue un rôle de « stratège », soit en participant à l'élaboration de décisions stratégiques à l'intérieur des établissements de santé soit en procédant à leur mise en place.

La littérature concernant les médecins gestionnaires est foisonnante. Nous retrouvons des études concernant l'engagement des médecins gestionnaires dans les établissements de santé (Denis *et al.*, 2013), sur le rôle hybride des médecins gestionnaires (Witman, Smid, Meurs et Willems, 2010; Joffe et Mackenzie Davey, 2012) et également sur leur leadership (Baker et Denis, 2012). Cependant, peu de littérature se concentre sur le rôle stratégique du médecin gestionnaire dans leur organisation (Witman *et al.*, 2010).

Pour explorer cette sphère, nous transposons la typologie des rôles stratégiques du gestionnaire intermédiaire de Floyd et Wooldridge (1992) à la situation des médecins gestionnaires. Cette typologie s'appuie sur l'idée que la stratégie est constituée d'un ensemble d'actions et de cognitions (Mintzberg et McHugh, 1985). Ainsi, chacun des quatre rôles décrits dans cette typologie constitue une synthèse des actions et de la cognition qui peut se retrouver chez les cadres intermédiaires.

Soucieux de bien vouloir représenter la réalité des médecins gestionnaires, dans notre analyse, nous avons tenu à prendre en considération deux facteurs individuels jugés importants quant au rôle joué. C'est ainsi que nous avons tenu compte du niveau hiérarchique détenu par le médecin gestionnaire, ainsi que de son sentiment d'appartenance à l'égard de son établissement de santé, présumant que ces éléments peuvent influencer le type de rôle stratégique qu'il exerce.

Nous avons réalisé notre étude auprès de 10 médecins gestionnaires qui occupent des fonctions et des niveaux hiérarchiques variés et qui proviennent de divers établissements de soins et de santé au Québec. Afin de dégager les pistes de compréhension sur le rôle de stratège et les déterminants qui entourent ces rôles, nous avons effectué des entrevues semi-dirigées pour chacun de ces médecins gestionnaires et leur avons distribué un questionnaire à choix multiple.

Plusieurs constats sont ressortis de l'analyse de nos résultats. Dans un premier temps, cette étude nous a permis de démontrer que le rôle stratégique le plus exercé par les médecins gestionnaires est celui du responsable de la mise en œuvre. Aussi, grâce aux réponses obtenues par nos répondants en lien avec les différents rôles stratégiques nous avons été en mesure de catégoriser les médecins gestionnaires en fonction de leur type de profil stratégique. Spécifiquement, l'étude nous a permis d'identifier quatre profils stratégiques : le stratège directif, le stratège intrapreneur, le stratège interrogateur et le stratège relationnel. Ces profils combinent de façon différente les rôles définis par Floyd et Wooldridge (1992).

Notre analyse nous a également mis en lumière un autre constat, soit celui de l'existence d'un lien entre le niveau hiérarchique et le sentiment d'appartenance des médecins gestionnaires envers leur organisation de santé. La relation qui existe entre ces deux composantes permet de mieux apprécier les variations existantes dans la sphère du sentiment d'appartenance.

Cette recherche offre des apports théoriques et pratiques intéressants dans l'optique où elle vise chez les praticiens une meilleure compréhension du rôle stratégique des médecins gestionnaires. Chez les académiciens, cette recherche apporte un angle différent sur l'étude des médecins gestionnaires dans leur environnement de travail. Elle permet en ce sens d'étudier le médecin gestionnaire à travers ses pratiques et ses actions quotidiennes et ouvre ainsi le champ pour toute autre recherche empirique sur la compréhension du rôle du médecin gestionnaire dans son milieu de travail au quotidien.

Mots clés : stratégie, *strategy as practice*, médecins gestionnaires, rôles

« [...] *in order to succeed, we must first believe that we can.* »

– Nikos Kazantzakis —

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	VI
TABLE DES MATIÈRES	XI
LISTE DES TABLEAUX	XV
LISTE DES FIGURES	XVI
LISTE DES ABRÉVIATIONS	XVI
REMERCIEMENTS	XVII
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 - REVUE DE LITTÉRATURE	5
1.1 Le pouvoir des médecins dans le système de santé québécois	5
1.1.1 La composante organisationnelle	7
1.1.2 La composante financière	9
1.2 Le médecin gestionnaire dans son contexte	10
1.2.1 De médecin à médecin gestionnaire	10
1.2.2 La fonction du médecin gestionnaire	11
1.3 La stratégie comme pratique	13
1.3.1 De la stratégie à la stratégie en pratique	14
1.3.2 La stratégie une activité de construction sociale	17
1.3.3 Cadre d'analyse de la stratégie en pratique	18
CHAPITRE 2 - CADRE CONCEPTUEL	23
	XI

2.1 La stratégie au-delà des cadres supérieurs	23
2.2 La définition du concept de rôle	25
2.3 Le médecin gestionnaire comme cadre intermédiaire	26
2.4 Modèle des quatre rôles stratégiques	29
2.4.1 Créateur de nouvelles idées (champion) : Compréhension et approfondissement du rôle	33
2.4.2 Synthétiseur de l'information : Compréhension et approfondissement du rôle	35
2.4.3 Synthèse des influences ascendantes	37
2.4.4 Facilitation du changement : Compréhension et approfondissement du rôle	38
2.4.5 Responsable de la mise en œuvre : Compréhension et approfondissement du rôle	40
2.4.6 Synthèse des influences descendantes	42
2.5 Les variables individuelles	44
2.5.1 Le niveau hiérarchique et les rôles stratégiques	45
2.5.2 Le sentiment d'appartenance envers son établissement de travail	47
CHAPITRE 3 - MÉTHODOLOGIE	51
3.1 Le cadre méthodologique	51
3.2 Deux méthodes complémentaires	52
3.3 Profil des répondants	53
3.4 Réalisation des entrevues	56
	XII

3.5 Le questionnaire	57
3.6 L'analyse des données	59
CHAPITRE 4 - PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS	62
4.1 Les rôles stratégiques	63
4.1.1 Responsable de la mise en œuvre	63
4.1.2 Facilitateur	68
4.1.3 Synthétiseur	72
4.1.4 Créateur de nouvelles idées (champion)	76
4.2 Le rôles et ses facteurs individuels	79
4.2.1 La position hiérarchique et le rôle joué	80
4.2.2 Le sentiment d'appartenance	83
4.2.3 Le sentiment d'appartenance et la position hiérarchique	84
4.2.4. Le sentiment d'appartenance et le rôle joué	85
4.2.5 Synthèse de la dimension rôles, sentiment d'appartenance et niveau hiérarchique	87
4.3 Les quatre profils stratégiques	88
CHAPITRE 5 - DISCUSSION	96
5.1 La littérature et la représentation du rôle du médecin gestionnaire	96
5.2 Discussion autour des rôles stratégiques	97
5.2.1 Responsable de la mise en œuvre	97
5.2.2 Facilitateur	99
5.2.3 Synthétiseur	100
	XIII

5.2.4 Créateur de nouvelles idées (champion)	101
5.3 Les médecins gestionnaires et la représentation des rôles	102
5.4 Retour sur la dynamique du niveau hiérarchique et du rôle	104
5.5 Retour sur la dynamique du sentiment d'appartenance et du rôle	105
5.6 Comprendre la relation niveau hiérarchique et le sentiment d'appartenance chez les médecins gestionnaires	106
CHAPITRE 6 - CONCLUSION	108
ANNEXES	114
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	126

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1.1: Sommaire de l'évolution du concept de la stratégie	15
TABLEAU 2.1 : Les quatre rôles de Floyd et Wooldridge	47
TABLEAU 3.1 : Répartition des médecins gestionnaires en fonction de leur position hiérarchique	70
TABLEAU 3.2 : Répartition des champs de spécialisation initiale des médecins gestionnaires	70
TABLEAU 4.1: Analyse des rôles stratégiques chez les médecins gestionnaires en fonction de leur niveau hiérarchique et du sentiment d'appartenance	97
TABLEAU 4.2: Analyse comparative des médecins gestionnaires : fort sentiment d'appartenance vs faible sentiment d'appartenance en fonction des rôles stratégiques	100
TABLEAU 4.3: Classification des types de profils stratégiques des médecins gestionnaires	103

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1.2 : Cadre conceptuel de la stratégie en pratique	19
FIGURE 2.1 : Les quatre rôles de Floyd et Wooldridge	31
FIGURE 2.2 : Modèle conceptuel de recherche	44
FIGURE 3.1 : Répartition des médecins gestionnaires en fonction du sexe	55

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CIUSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

CUSSS : Centre universitaire de santé et de services sociaux

CLSC : Centres locaux de services communautaires

CMDP : Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

DG : Direction générale

DSP : Direction des services professionnels

PDGA : Présidente-directrice générale adjointe ou Président-directeur général adjoint

PDG : Présidente-directrice générale ou Président-directeur général

REMERCIEMENTS

En préambule à ce mémoire, je souhaitais adresser mes remerciements les plus sincères aux personnes qui m'ont apporté leur aide et qui ont contribué à l'élaboration de ce travail de recherche ainsi qu'à la réussite de cette expérience universitaire.

En effet, la réalisation de ce mémoire fût possible grâce à la rencontre de plusieurs personnes qui, de manière unique, ont su me guider et me nourrir à travers les différentes étapes de mon parcours.

Je voudrais tout d'abord adresser toute ma gratitude à la directrice de ce mémoire, Mme Ann Langley, pour sa patience, sa disponibilité et surtout ses judicieux conseils, qui ont contribué à alimenter ma réflexion.

Je désire aussi remercier les membres des établissements de santé qui ont participé à cette étude. Je tiens tout particulièrement à remercier le Dr George Honos, qui fut d'une grande aide à ce projet, et qui grâce à sa bonne volonté m'a fourni le nom de plusieurs médecins gestionnaires afin que je puisse entrer en rapport avec eux.

Je voudrais exprimer ma reconnaissance envers ma famille et mes amis qui m'ont apporté leur soutien moral et intellectuel tout au long de ma démarche.

Enfin, je tiens à témoigner toute ma gratitude à mon mari, Francis, pour sa confiance et son support inestimable.

INTRODUCTION

De nombreux pays de l'organisation des coopérations et de développement économique (OECD) dont fait partie le Canada sont à la recherche constante des solutions pour accroître la performance de leur système de santé. Les provinces canadiennes, notamment le Québec, ont investi des efforts considérables pour parer aux pressions économiques qui leur sont imposées (Denis *et al.*, 2012). L'évolution rapide de la technologie, la population vieillissante et l'espérance de vie qui s'allonge rendent difficile l'atteinte des objectifs en matière d'équilibre budgétaire et d'accessibilité des soins (OECD, 2010). De ce fait, les établissements de santé doivent mettre en place des stratégies pour faire face à ces pressions. Afin d'atteindre les objectifs de performance, les organisations de santé doivent rallier plusieurs leviers, dont leurs ressources humaines (Denis *et al.*, 2012). C'est ainsi que de nombreux établissements de santé se sont orientés vers la mobilisation de leur personnel soignant, notamment en impliquant les médecins dans des rôles de gestion (Denis *et al.*, 2012, Denis *et al.*, 2013).

Plusieurs études reconnaissent que les médecins disposent d'atouts significatifs pour occuper un poste de gestion dans les établissements de soins et de santé (Witman, Smid, Meurs et Willems, 2010; Baker et Denis, 2011; Snell, Briscoe et Dickson, 2011). Selon Llewellyn (2001), les médecins occupent une position privilégiée dans le domaine de la gestion, car ils ont la capacité de naviguer dans deux mondes d'instinct soit celui de la clinique et celui de la gestion. Pour illustrer cette capacité du médecin de passer d'un domaine à l'autre, Llewellyn (2001) emploie le terme *two-way window*, métaphore qui fait référence à la capacité d'avoir une vision claire entre le monde de la gestion et celui de la

médecine. Bien que la formation générale du médecin soit orientée vers la clinique, un clinicien peut occuper une fonction de gestion, car il peut facilement acquérir les compétences administratives qui lui sont manquantes par le biais de formation ou d'activités d'apprentissage (Witman *et al.*, 2010). De plus, la capacité d'influencer un groupe constitue une caractéristique importante pour quiconque qui occupe une fonction de gestionnaire. À cet égard, les médecins, en tant que professionnels, détiennent cette capacité d'exercer une influence qui leur permettra d'obtenir les ressources qu'ils jugent nécessaires et pertinentes aux besoins en santé (Denis *et al.*, 2012).

Toutefois, malgré que de nombreux auteurs s'entendent pour dire que les médecins occupent un rôle clé dans la gestion (Witman, Smid, Meurs et Willems, 2010; Baker et Denis, 2011; Denis *et al.*, 2012; Joffe et Mackenzie Davey, 2012; Denis *et al.*, 2013; Gibeau *et al.*, 2014), les recherches penchent davantage sur la mobilisation et l'engagement des médecins dans des rôles de gestion (Denis *et al.*, 2013). De plus, considérant le fait que les médecins gestionnaires naviguent entre deux rôles, la recherche s'est également préoccupée de leur rôle hybride en tant que gestionnaire et en clinicien (Witman, Smid, Meurs et Willems, 2010; Joffe et Mackenzie Davey, 2012). Bien qu'il existe une abondante littérature concernant la notion du médecin gestionnaire, peu d'ouvrages se sont penchés sur le rôle stratégique des médecins gestionnaires au sein de leur organisation.

C'est dans l'optique d'établir une meilleure compréhension du rôle stratégique joué par les médecins gestionnaires que s'inscrit ce présent mémoire. Dans ce travail, nous cherchons à comprendre à travers les récits de médecins gestionnaires comment ceux-ci jouent un rôle de stratège, c'est-à-dire comment

ils participent à la conception et à la réalisation de stratégies organisationnelles. Nous nous intéressons à ce volet du médecin gestionnaire, car la stratégie est au cœur des organisations et que nous tenons à comprendre comment les acteurs clés des organisations peuvent à leur façon contribuer à cette stratégie organisationnelle à travers leurs actions quotidiennes.

Pour ce faire, nous adoptons une conception de la stratégie associée à la perspective de la pratique (*strategy as practice*) (Rouleau, 2005; Allard-Poesi, 2006; Jarzabkowski, 2006). Selon cette perspective, la stratégie est conçue, non pas comme quelque chose que les organisations possèdent, mais plutôt comme quelque chose que les acteurs font. Ces acteurs deviennent alors les « faiseurs » de la stratégie (Jarzabkowski, 2006, traduction libre).

Dans l'optique d'offrir une meilleure compréhension de la façon dont les médecins gestionnaires jouent un rôle de stratège dans leur établissement de santé, cette étude s'appuie notamment sur la typologie des rôles stratégiques des cadres intermédiaires de Floyd et Wooldridge (1992). Cette typologie offre une première grille d'analyse pertinente pour étudier la réalité vécue par les médecins gestionnaires.

Cette recherche s'ouvre sur une revue de la littérature qui présente premièrement une analyse du pouvoir des médecins dans le système de santé québécois. Par la suite, dans ce même chapitre s'ensuit une présentation de la notion de « la stratégie comme pratique » (*strategy as practice*), qui sert de source d'inspiration pour notre étude. Le deuxième chapitre porte sur le cadre conceptuel. La typologie des rôles stratégiques de Floyd et Wooldridge (1992) y sera présentée ainsi qu'une analyse détaillée de chacun de ces rôles. Jugeant

important de saisir la notion du rôle, nous exposons en début de ce chapitre ce concept selon la théorie de Kahn (1964).

Le troisième chapitre aborde les choix méthodologiques de même que le processus suivi pour la collecte et l'analyse des données. Afin de mener à bien notre travail de recherche, nous avons effectué des entretiens et distribué des questionnaires auprès de dix médecins gestionnaires.

Le quatrième chapitre présente les résultats obtenus à la suite de l'analyse de nos données. Dans le premier volet de ce chapitre, nous exposons les résultats concernant les types de rôles observés et la fréquence des activités effectuées pour chacun de ces rôles pour les médecins gestionnaires interrogés. Le second volet de notre chapitre tente de mettre en relation ces rôles avec le sentiment d'appartenance par rapport à leur établissement de santé et le niveau hiérarchique des médecins gestionnaires interrogés.

Le chapitre cinq est consacré à la discussion des résultats obtenus basés sur les éléments du cadre conceptuel et sur la recension de la littérature. Enfin, cette étude se termine avec les implications théoriques et managériales, les limites de la recherche et les avenues de recherches envisageables.

CHAPITRE 1 - REVUE DE LITTÉRATURE

Le but de notre recherche est de comprendre le rôle stratégique des médecins gestionnaires à l'intérieur de leur organisation. Plus spécifiquement, nous posons la question suivante : « Comment les médecins gestionnaires jouent-ils un rôle de stratège dans leur établissement? »

Nous avons divisé le chapitre en deux parties. Tout d'abord, dans la première partie, nous cherchons à mieux comprendre le contexte dans lequel se situent les médecins gestionnaires. Dans la seconde partie, nous présentons la notion de la stratégie comme pratique qui est un concept relativement nouveau et en pleine émergence. Dans cette partie, nous débiterons par l'élaboration des différents courants qui entourent la notion de la stratégie, puis nous analyserons de façon plus approfondie ce que nous appelons la stratégie comme pratique, une approche qui, contrairement aux autres, met l'acteur au centre du processus stratégique.

1.1 Le pouvoir des médecins dans le système de santé québécois

Les médecins ont toujours possédé une certaine forme de pouvoir au sein des établissements de santé (Lemieux, 2003; Hudon, Mathieu et Martin, 2009; Goulet et Gagnon, 2014). D'un point de vue historique, le pouvoir des médecins se manifestait essentiellement sur le lien d'autorité qu'ils possédaient envers leurs patients (Lemieux, 2003; Hudon, Mathieu et Martin, 2009; Goulet et Gagnon, 2014). Cette relation de pouvoir se caractérisait sous deux facettes soit la légitimité du médecin envers son patient (Lemieux, 2003) et la dépendance du patient envers son médecin (Lemieux, Hudon *et al.*, 2009). La légitimité des médecins relevait de leur expertise médicale et de leurs

connaissances. La pratique médicale perçue comme une activité si complexe et hautement spécialisée, seuls les médecins avec leur statut d'autorité étaient en mesure d'assurer à la population les meilleurs soins possibles (Goulet et Gagnon, 2014). De ce fait, plus fort était la légitimité du médecin envers son patient, plus fort était établi le lien de dépendance (Lemieux, 2003). Ainsi, la profession médicale reposait en grande partie sur la confiance quasi-aveugle du malade à l'égard de son médecin traitant (Lemieux, 2003; Goulet et Gagnon, 2014). De plus, la perception selon laquelle le médecin était le seul pourvoyeur de soins a longtemps été acceptée auprès des autorités politiques ainsi que par les divers acteurs sociaux (Hudon *et al.*, 2009; Goulet et Gagnon, 2014). Toutefois, les transformations de l'environnement médical ont modifié la dynamique professionnelle des médecins engendrant de ce fait une modification du contrat social médecin-patient. Par conséquent, la figure paradigmatique incarnée par le médecin est devenue objet de scepticisme, de questionnements (Goulet et Gagnon, 2014) et même de critiques parfois acerbes de la population (Goulet et Gagnon, 2014; Hudon *et al.*, 2009). À cet égard, les décisions qui entourent les diagnostics et les prescriptions médicales ont cessé de faire l'objet d'une manifeste acceptation par les malades. Cette évolution socioculturelle a modifié le comportement des patients envers la profession médicale entraînant certaines conséquences, telles que le partage du pouvoir médical avec des non-médecins (Hudon *et al.*, 2009; Goulet et Gagnon, 2014). C'est ainsi que médecins et autres pourvoyeurs de soins se côtoient sous le même toit dans les différentes sphères de la santé.

Bien que toutes ces transformations socioculturelles aient eu un impact quant au regard porté par le patient envers son clinicien, le médecin n'a pas pour autant entièrement perdu son statut d'autorité. Si l'image « hégémonique » du médecin est autant présente dans les organisations de santé, c'est en partie dû au type d'organisation dans lequel ils exercent leur profession. Ceci nous amène donc à discuter spécifiquement de la nature de ces organisations de santé, du rôle et du pouvoir du médecin en son sein.

1.1.1 La composante organisationnelle

Comme l'a proposé Mintzberg (1980), les établissements de santé dans lesquels les médecins exercent leurs fonctions s'inscrivent dans une forme organisationnelle et structurelle appelée « bureaucratie professionnelle », au même titre que les bureaux d'experts-comptables et les universités. Pour fonctionner, cette forme d'organisation que l'on trouve spécifiquement dans des environnements stables, mais complexes, s'appuie sur les compétences et le savoir de ces spécialistes hautement qualifiés, aussi appelés « les opérateurs professionnels » (Lamothe, 1999; Baker et Denis, 2011). Dans le contexte qui nous intéresse, les opérateurs sont les professionnels qui livrent les soins médicaux, tels que les médecins.

Le centre opérationnel, c'est-à-dire l'ensemble des professionnels qui livrent les services, constitue l'élément clé de cette forme d'organisation. De plus, pour coordonner ses activités, la bureaucratie professionnelle s'appuie sur la standardisation des qualifications et du savoir de ses opérateurs, plutôt que sur la standardisation des processus, ou de la supervision directe (Mintzberg, 1980). Ainsi, cette forme de bureaucratie confère aux médecins une importante autonomie et leur laisse une latitude décisionnelle considérable dans leur

propre travail. Les décisions des médecins vis-à-vis le traitement des patients relèvent bien souvent d'un jugement clinique individuel. Ainsi, le médecin qui contrôle son propre travail peut agir de manière relativement indépendante envers ses collègues et n'est pas obligé de coordonner ses activités avec ceux-ci. Toutefois, il travaille de manière très étroite avec ses patients.

Néanmoins, la « bureaucratie professionnelle » traditionnelle a connu certaines évolutions au cours des dernières années selon plusieurs sources (Evetts, 2011; Adler et Kwon, 2013). Spécifiquement, dans le secteur de la santé, les nouvelles technologies et dispositifs de soins ont rehaussé les besoins de collaboration entre spécialistes médicaux et entre différents types de professionnels (médecins, infirmières, autres professionnels) exigeant de nouvelles formes de coordination et d'imputabilité comme nous l'avons invoqué précédemment (Adler *et al.*, 2008). Même si les médecins continuent à promouvoir leur autonomie de jugement clinique, ils sont néanmoins soumis à des lignes directrices plus exigeantes qu'auparavant (Adler et Kwon, 2013; Spyridonidis et Calnan, 2011). Dans ce mouvement, le rôle des médecins gestionnaires peut devenir d'autant plus significatif.

Outre la composante organisationnelle, la composante financière, c'est-à-dire le mode de rémunération octroyé au médecin constitue également un élément important qui influe sur le pouvoir et le comportement des médecins dans les organisations de santé. En effet, leur mode de rémunération diffère largement de celui des autres pourvoyeurs de soins et de santé. Dans les paragraphes suivants, nous expliquerons en quoi consiste cette composante.

1.1.2 La composante financière

Il existe divers modes de rémunération pour les médecins, soit le paiement à l'acte, la capitation et le salariat. Chacun d'entre eux comporte des avantages et des risques distincts (Grigon, Paris, Polton, Goffinhal *et al.*, 2002). Au Québec, le mode de rémunération le plus prédominant pour les médecins est la rémunération à l'acte. Ce modèle de versement des salaires a suscité à de nombreuses reprises de vifs débats de la part de la population et des instances gouvernementales. Dans son rapport de 2016, l'Institut de recherche et d'informations socio-économiques (IRIS) avance que d'introduire les médecins au salariat au même titre que les autres professionnels des soins de santé pourrait réduire de manière significative le fardeau économique de la province. Actuellement, et ce depuis l'introduction de l'assurance maladie en 1970 (IRIS, 2016), les médecins bénéficient d'une rémunération qui leur permet de garder une autonomie quant à leur statut professionnel. En effet, bien qu'ils exercent leur profession dans les établissements de soins et qu'ils utilisent les locaux de ces établissements, les médecins n'ont pas pour autant un statut de salariés. De ce fait, leur mode de rémunération qui est basé sur la rémunération à l'acte, et qui provient d'une instance publique séparée des établissements de soins : la Régie de l'assurance maladie du Québec leur confère un statut de travailleur autonome.

De manière générale, le mode de rémunération à l'acte incite aussi les médecins à augmenter le nombre d'actes effectués (Grigon, Paris, Polton, Goffinhal *et al.*, 2002). Cela dit, un médecin qui décide d'augmenter sa productivité peut tout aussi bien réduire son temps de travail et conserver une rémunération constante. S'il le désire, le médecin peut également décider

d'augmenter son temps de travail afin d'augmenter son revenu annuel. Bref, par son mode de rémunération à l'acte, le médecin possède une grande autonomie à l'égard de son travail malgré que celui-ci soit exercé au sein d'un établissement de soins régi par des normes et des politiques strictes (Boulanger et Castonguay, 2012), elles-mêmes soumises à certaines contraintes de ressources.

1.2 Le médecin gestionnaire dans son contexte

1.2.1 De médecin à médecin gestionnaire

Pour assurer le leadership médical, les organisations de santé sont dotées par la loi d'un poste clé de « Directeur des services professionnels » (DSP). Il s'agit d'un cadre supérieur avec une formation médicale qui participe à l'équipe de direction et qui est responsable de l'organisation et de la qualité des services médicaux livrés par l'établissement. Alors que pendant longtemps, le DSP exerçait seul ce type de rôle de leadership organisationnel (Denis *et al.*, 2012), au cours des années 1990, plusieurs établissements de santé ont instauré une nouvelle gouvernance clinique qui vise la coresponsabilité d'un programme de soins (Denis *et al.*, 2012; Denis *et al.*, 2013; Gibeau *et al.*, 2014). Cette gestion, par programme service ou par programme clientèle, unit un cogestionnaire administratif et un cogestionnaire médical dans le but d'améliorer l'efficacité des décisions cliniques et administratives (Denis *et al.*, 2012; Denis *et al.*, 2013; Gibeau *et al.*, 2014).

Toutefois, cette réforme managériale a provoqué certains tumultes puisque l'intégration des médecins dans un modèle de cogestion administrative s'inscrit dans un contexte où deux logiques de pensées distinctes se côtoient (Denis *et al.*, 2012). D'une part, la logique professionnelle fait valoir l'autonomie des

médecins et leur imputabilité vis-à-vis de leurs patients. D'autre part, la logique managériale s'appuie sur le principe que l'amélioration des soins est possible tout en donnant à la gestion une forte importance (Denis *et al.*, 2012). Pour parvenir aux finalités de la cogestion, il a donc fallu que ces deux groupes d'acteurs apprennent à concilier ces deux logiques et à défaire les stéréotypes qui s'y rattachent. Du point de vue administratif, les gestionnaires ont dû accepter de voir des professionnels médicaux qui ne possédaient pas systématiquement des compétences managériales venir intégrer leur domaine. Du côté des médecins, il y eut, au-delà de leur rôle de praticiens, cette attente pour qu'ils mènent des réflexions et prennent des décisions médico-administratives en collaboration avec un cogestionnaire administratif.

1.2.2 La fonction du médecin gestionnaire

De manière générale, les médecins peuvent occuper diverses positions dans le domaine de la gestion. En effet, les médecins peuvent agir à titre de chef de département, de chef d'unité ou de cogestionnaire (Denis *et al.*, 2012). Les postes de gestion comportent généralement plusieurs composantes, notamment la composante administrative et la composante relationnelle, laquelle est davantage reliée au leadership (Denis *et al.*, 2012). La composante administrative fait référence aux tâches de gérance. Pour sa part, la composante relationnelle se réfère aux relations qu'entretient un gestionnaire avec les individus qui l'entourent ainsi qu'à sa capacité à inspirer, à influencer, à mobiliser et à motiver autrui (Denis *et al.*, 2012). Dans leur travail de recherche qui couvre la notion du leadership médical, les auteurs Denis *et al.*, (2012) soulignent que l'une des particularités requises de la part du médecin gestionnaire réside dans sa capacité à concilier deux sphères d'activités différentes. Plus précisément, le médecin gestionnaire doit unir à la fois l'aspect administratif et l'aspect médical afin de mener à bien les objectifs

organisationnels (Gibeau *et al.*, 2014). Au-delà de leur fonction de conciliateur, les médecins gestionnaires ont également une fonction de promoteur. Cette fonction s'inscrit dans l'optique où les médecins gestionnaires veulent faire valoir et défendre leur propre intérêt ainsi que les intérêts des membres de leur équipe (Gibeau *et al.*, 2014).

Dans le cadre de leurs fonctions, ils auront possiblement aussi à participer à la planification stratégique (Zuckerman, 2001), ce qui nécessite une vaste compréhension du secteur médical, et cela va au-delà de leur expertise en tant que soignants.

En assumant le rôle de gestionnaire, les médecins font face à de nombreux changements dans leurs responsabilités et l'un des plus importants d'entre eux résulte d'une plus grande imputabilité. Dès leur première année d'études en médecine, et au cours de leurs stages de formation, les médecins acquièrent une imputabilité vis-à-vis de leurs patients. Toutefois, en agissant en tant que gestionnaires, cette imputabilité envers leurs patients va au-delà de leurs propres actions. De ce fait, les médecins gestionnaires deviennent également imputables des actions des autres (Denis *et al.*, 2012). En ce sens, les tâches administratives des médecins incluent l'évaluation des pairs, l'établissement de relations avec les médecins traitants et l'assurance que les pratiques médicales sont en concordance avec le code d'éthique. En somme, en se positionnant dans des « lieux d'influence » (Gibeau *et al.*, 2014), les médecins gestionnaires seront amenés à prendre connaissance des contraintes de l'administration, mais également de tout l'aspect de la budgétisation. Entreprendre une fonction de médecin gestionnaire constitue de nombreux défis de temps, de compétences,

de légitimité et d'expertise que les médecins devront relever avec l'aide de leurs collègues administrateurs (Gibeau *et al.*, 2014).

Dans cette première section de notre recherche, les textes étudiés nous ont permis de mieux cibler le médecin gestionnaire dans son contexte actuel. Nous avons démontré que les médecins détiennent une certaine forme de pouvoir constitué de deux composantes principales. De plus, de manière succincte, nous avons contextualisé le médecin gestionnaire, en expliquant l'évolution de son rôle au fil du temps. Puis, nous avons terminé cette section en expliquant les fonctions du médecin gestionnaire.

Puisque notre étude porte également un regard sur la notion de la stratégie, le présent volet de cette étude nous permettra de saisir la composante stratégique de manière générale avant d'appliquer ce terme aux actions et aux fonctions du médecin gestionnaire.

1.3 La stratégie comme pratique

La stratégie représente un concept qui fut le sujet principal de nombreuses recherches depuis les cinquante dernières années. Ce concept fut étudié et analysé à travers diverses écoles de pensées. Chandler (1962), Porter (1980) et Mintzberg (1994) sont des exemples de chercheurs qui ont façonné à leur manière, la notion de la stratégie au cours des dernières décennies. Dans cette section, nous présenterons les différentes définitions qui entourent la notion de la stratégie ce qui nous permettra par la suite d'introduire la stratégie comme pratique, la perspective clé qui appuie notre étude.

1.3.1 De la stratégie à la stratégie en pratique

Le terme « stratégie » provient du dérivé grec *stratagos* (Ghobadian et O'Regan, 2008). Les racines de ce terme proviennent des mots « armée » (*stratos*) et « conduire » (*agein*). Avant d'être employé dans un contexte d'affaires, il a d'abord été employé au sens militaire. Il faudra attendre jusqu'au milieu du 20^e siècle, avant que le concept de la stratégie s'affiche en tant que composante organisationnelle. Des décennies de recherches intensives ont fait en sorte qu'au cours des dernières années, le concept de la stratégie a beaucoup évolué. Les travaux de Chandler (1962) constituent en quelque sorte les bases du concept de la stratégie. Ses travaux essentiellement axés sur l'analyse stratégique des organisations considèrent l'importance de la décentralisation des activités, et encouragent l'action collective. Par la suite, on verra se développer d'autres courants principalement axés sur le processus d'action stratégique; soit celui de la planification formelle (Ansoff, 1965 : 134-138) et du très populaire courant du positionnement (Porter, 1980; Porter, 1985). L'approche du processus d'action vise essentiellement à favoriser la détermination des moyens qui permettent de guider la firme dans l'atteinte des objectifs. Autrement dit, elle se focalise sur les choix stratégiques à adopter afin d'atteindre la performance souhaitée dans le but de créer un avantage concurrentiel (Jarzabkowski, 2006; Chanal, 2008). Plus récemment, de nombreux travaux, notamment ceux de Pettigrew (1992, dans Autissier *et al.*, 2014 : 229) ont défendu l'approche contextualiste. Cette approche méthodologique vise à étudier la dynamique de l'interdépendance des éléments externes et des éléments internes à l'organisation (Pettigrew, 1985). Quoi qu'il en soit, ce courant explore à la fois le contenu, le processus et le contexte et leurs interactions au sein de l'organisation (Pettigrew, 1985). Afin d'avoir une

meilleure compréhension du concept de la stratégie, Ghobadian et O'Regan (2008) ont regroupé sous forme de tableau (voir 1.1) les divers courants qui illustrent de façon condensée l'évolution du concept de la stratégie.

TABLEAU 1.1 Sommaire de l'évolution du concept de la stratégie

Période	Contributeurs clés	Concepts principaux
1960-1970	Chandler (1962), Ansoff (1965) Learned <i>et al.</i> (1965/1969) Andrews (1971)	L'accent a été porté sur les aspects normatifs des connaissances d'affaires et l'identification des « meilleures pratiques » utiles aux gestionnaires.
1980-1985	Porter (1980, 1985)	Concentrer l'interface entre l'entreprise et l'environnement pour expliquer et prévoir.
1987 - 1990	Mintzberg (1987)	Stratégie émergente
2001-présent	Johnson <i>et al.</i> (2003) Whittington (2004) Jarzabkowski (2004)	L'accent est porté sur le fait que la stratégie est quelque chose que les entreprises « font », inversement à ce que les entreprises « ont ».

Source : Tiré de Ghobadian et O'Regan, 2008.

Cependant, depuis la fin des années 1990, de nombreux chercheurs s'intéressent à une nouvelle représentation de la stratégie soit celle de la « stratégie en pratique » aussi appelée « fabrique de la stratégie » (Whittington, 2006, traduction libre de la *strategy as practice*; Johnson, Melin et Whittington, 2003; Allard-Poesi, 2006; Johnson, Langley, Melin et Whittington, 2007; Jarzabkowski, Balogun et Seidl, 2007; Rouleau *et al.*, 2007; Chanal, 2008).

Les bases de la *strategy as practice* furent établies par Whittington (1996) dans un article de la revue *Long Range Planning*, (Rouleau *et al.*, 2007; Chanal, 2008). L'auteur introduit, à ce moment-là, le concept central de *strategizing*, dans lequel il soutient l'importance d'étudier les actions des personnes qui pratiquent la stratégie (Jarzabkowski *et al.*, 2007). Ainsi, le courant de la *strategy as practice* conçoit la stratégie non pas comme étant décidée et imposée par les dirigeants des organisations, mais plutôt comme étant construite par les collaborateurs de ces entreprises à travers leurs pratiques quotidiennes (Jarzabkowski, 2004; Whittington, 2006). Autrement dit, la *strategy as practice* cherche à mieux comprendre « ce qui est fait par ceux qui font la stratégie au quotidien » (Jarzabkowski, 2003).

Cette nouvelle approche se caractérise par le fait qu'elle intègre un plus grand nombre d'acteurs stratégiques d'une même organisation (Whittington, 2006; Jarzabkowski *et al.*, 2007). Ainsi, dans cette conception de la stratégie, l'attention est portée sur les multiplicités des « micro-pratiques » (Rouleau, 2005; Jarzabkowski *et al.*, 2007) à travers lesquelles les acteurs déploient les activités qui constituent une forme de stratégie basée sur la pratique. Ainsi la notion de la stratégie en pratique vient apporter un caractère plus humain aux recherches en management (Jarzabkowski *et al.*, 2007; Chanal, 2008).

Le concept de la stratégie en pratique vient proposer une nouvelle perspective de la stratégie en intégrant la notion de pratique (Jarzabkowski, 2003). Le but de la pratique consiste en fait à intégrer deux notions, qui ont été jusqu'à présent isolées, dans les théories de la stratégie (Whittington, 2006). En effet, les recherches dans ce champ de pratique ont tendance à se concentrer sur l'individu au détriment de l'aspect social. Dans cette nouvelle approche, on

tente de respecter à la fois ces deux éléments en examinant comment les acteurs de la stratégie effectuent leur travail en intégrant à la fois les interactions sociales à leurs pratiques. Dans leur article *Strategizing : The Challenges of a Practice Perspective*, publié en 2007, les auteurs Jarzabkowski, Balogun et Seidl (2007, traduction libre) définissent la stratégie dans une perspective stratégique comme étant : « *une activité socialement accomplie, construite par les actions, les interactions et les négociations de multiples acteurs et les pratiques situées sur lesquelles ils s'appuient, qui a des conséquences en termes de résultats pour la direction et/ou la survie de l'entreprise* ». Ainsi, la prémisse de ce courant envisage la stratégie comme étant une activité accomplie par les individus alors qu'ils interagissent dans un contexte physique et social (Allard-Poesi, 2006).

1.3.2 La stratégie une activité de construction sociale

La stratégie en pratique repose sur le tournant de la pratique sociale, aussi appelé « *practice turn* » (Whittington, 2006; Chanal, 2008). Les auteurs, tels que Pierre Bourdieu, et Anthony Giddens (cités dans Chanal, 2008) sont souvent associés à ce *practice turn*. Leurs œuvres témoignent de ce virement qui revendique une certaine forme de rupture avec les travaux antérieurs. À travers son objet, la théorie de la pratique cherche à lier des courants théoriques jusqu'à présent séparés. Elle tend à intégrer « *l'interactionnisme* » symbolique (Allard-Poesi, 2006) ou « *l'ethnométhodologie* » (Chanal, 2008), courant qui privilégie les interactions sociales des individus au quotidien (Rouleau *et al.*, 2007; Chanal, 2008). De ces fondements théoriques, on retient du courant de la stratégie en pratique deux perspectives complémentaires. D'une part, le terme « *practice* » fait référence aux activités effectuées par les individus

(activité micro), et d'autre part, aux normes sociales, règles, techniques et outils sur lesquels toute pratique s'appuie (activités macros) (Jarzabkowski *et al.*, 2007).

Les chercheurs qui évoquent cette nouvelle approche s'intéressent principalement à la manière dont les individus prennent en main la stratégie au sein de leur entreprise. De ce fait, ils visent à faire état des activités des gestionnaires. Autrement dit, cela signifie que les chercheurs tentent de décrire en détail les activités qui sont au cœur des processus stratégiques pour lesquels les gestionnaires participent (Rouleau *et al.*, 2007; Whittington, 2006).

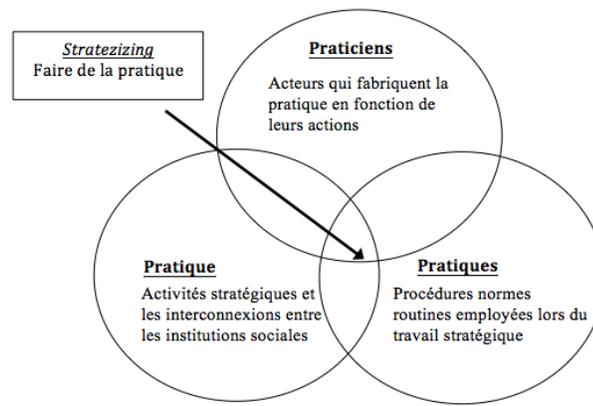
1.3.3 Cadre d'analyse de la stratégie en pratique

Dans l'optique de développer un vocabulaire plus systématisé, Whittington (2006 : 619) a proposé trois concepts clés de la stratégie en pratique (*praxis*, *practices* et *practitioners*). Ces trois éléments permettent de répondre aux questions du « qui », « quoi », « comment », de l'action stratégique (Jarzabkowski *et al.*, 2007). En somme, la distinction entre le praxis (ou la pratique) et les pratiques suit l'interprétation de la théorie des pratiques sociales de Reckwitz (2002, dans Whittington, 2006; Jarzabkowski *et al.*, 2007). Selon cette théorie la pratique guide les activités des organisations, mais la pratique est également considérée comme étant elle-même des activités. Les pratiques font donc référence aux partages des routines comportementales, incluant les traditions, les normes et les procédures qui permettent la réalisation de la stratégie. En d'autres mots :

« Les pratiques se réfèrent aux différents outils, normes et procédures du travail de stratégie, des cadres analytiques tels que les cinq forces de Porter aux routines de

planification stratégique, comme les ateliers de stratégie. Praxis se réfère à l'activité impliquée dans la réalisation de stratégies, par exemple, dans des processus de planification stratégique ou des réunions. Les praticiens sont tous ceux qui participent ou cherchent à influencer la stratégie. » (Vaara et Whittington, 2012 : 6, traduction libre)

FIGURE 1.2 : Cadre conceptuel de la stratégie en pratique



Source : Adapté de Jarzabkowski *et al.*, 2007.

Bien entendu, ces trois concepts méritent une meilleure compréhension. Pour commencer avec les principaux moteurs de la stratégie, les praticiens (*practitioners*), sont ceux qui font le travail de formuler, de façonner et d'exécuter la stratégie. Ils sont donc interconnectés entre les pratiques et la pratique. Ils influencent la construction de la pratique à travers leurs comportements, leurs émotions, leurs connaissances et leurs actions. (Jarzabkowski *et al.*, 2007). Les praticiens ne sont pas uniquement des dirigeants de haut niveau pour qui la stratégie est le centre de leur travail. Plusieurs autres acteurs peuvent effectuer un travail stratégique, à travers une

dimension plus élargie de leur rôle ou à une autre étape de leur carrière (Whittington, 2006; Jarzabkowski *et al.*, 2007). Whittington (2006) note que les praticiens peuvent être également des stratèges externes qui agissent pour la plupart du temps en tant que consultants, tels que McKinsey & Co. and the Boston Consulting Group, pour ne nommer que ces deux-là. De la perspective de la pratique, les praticiens sont des unités d'analyse importante puisque, par leur pratique, ils mettent en place des pratiques qui auront des conséquences directes sur l'organisation. (Whittington, 2006; Jarzabkowski *et al.*, 2007). Dans la perspective de la présente étude, les praticiens de la stratégie qui nous intéressent particulièrement sont, bien sûr, les médecins-gestionnaires.

Le *praxis* (ou la pratique) est un terme qui s'applique à un niveau individuel. Cette notion de praxis se retrouve surtout dans les communautés de pratiques (Chanal, 2008), où chacun des membres participants contribue par les routines et les normes qu'il établit à un partage de connaissance. Ainsi, le praxis est une répétition d'action individuelle qui aura un impact socioculturel (Allard-Poesi, 2006). C'est ainsi dire que le concept inclut les interconnexions entre les actions des individus aux actions de différents groupes de la société (Chanal, 2008).

Whittington (2006 : 619, traduction libre) décrit le praxis (ou la pratique) comme étant « *Toutes les activités variées comprises dans la formulation délibérée de l'implantation stratégique.* » En ce sens, la pratique est le travail intra-organisationnel requis pour faire la stratégie et la faire exécuter. Même si ce travail est souvent diffus, une grande partie de celui-ci peut être vue dans des séquences, telles que des réunions, les communications, les présentations,

etc. La pratique comprend les activités concrètes effectuées au quotidien par ceux qui font de la stratégie.

Finalement, il y a les pratiques (*practices*). Cette notion a fait l'objet de plusieurs interprétations, d'abord Jarzabkowski *et al.*, 2007 citant Reckwitz :

« [...] des types de comportements routiniers composés de plusieurs éléments interconnectés : des formes d'activités physiques, des formes d'activités mentales, des "choses" et leur utilisation, un bagage cognitif sous forme de compréhension, de savoir-faire, d'états émotionnels et de connaissances motivantes [...] »

Les pratiques constituent ces activités récurrentes qui comprennent les normes, les routines et les règles techniques sur lesquelles s'appuie la pratique (*praxis*) (Allard-Poesi, 2006). Les pratiques sont donc l'ensemble des diverses méthodes utilisées par ceux qui font de la stratégie. Ces méthodes ou outils deviennent, au cours du temps, des pratiques standardisées à travers l'organisation. Les pratiques sont également définies comme étant « *des habitudes, des artefacts et des modes socialement définis d'agissement à travers lequel le flux d'activité stratégique est construit* » (Jarzabkowski, 2003 : 24, traduction libre).

Partant de cette triade, l'activité stratégique se situe au carrefour entre le *praxis*, les pratiques et les praticiens (Jarzabkowski *et al.*, 2007 : 10) et que pour étudier la stratégie en pratique il faut tenir compte de ces trois éléments puisque chacun d'eux s'appuie sur les aspects des autres. Ainsi, pour les tenants de cette approche, envisager la stratégie comme une pratique apparaît prometteur, puisque cette théorie suppose de se rapprocher du praticien, en

analysant minutieusement ses activités quotidiennes. La stratégie en pratique se veut aussi un concept qui tente de rallier l'aspect micro dans l'aspect macro. (Johnson *et al.*, 2003 : 6). Systématiquement, cela suscite de réintroduire la société dans l'étude de la stratégie, et de repositionner l'acteur stratégique dans son contexte institutionnel.

En résumé, nous pouvons dire que la *strategy as practice* « apparaît comme un courant dynamique et fertile qui apporte un regard complémentaire aux autres théories de la stratégie » (Chanal, 2008). L'originalité de cette approche découle du fait qu'il existe une forme de dualité entre le caractère unique d'un moment fixe et la récurrence des routines, normes et pratique (Allard-Poesi, 2006). Autrement dit, pour obtenir un présent unique, il faut une récurrence d'actions et de pratiques. Sa pertinence pour la présente étude réside dans l'intérêt qu'elle apporte aux activités des praticiens de la stratégie, où la notion de praticien de la stratégie englobe non pas uniquement les personnes qui se retrouvent dans les postes de haute direction, mais également les gestionnaires d'autres niveaux comme des cadres intermédiaires, et des professionnels tels que les médecins gestionnaires.

Nous venons de présenter la perspective générale de la pratique en stratégie, autrement dit de l'action stratégique. À présent, nous allons montrer en quoi les médecins gestionnaires peuvent être considérés comme stratèges (ou praticiens de la stratégie) dans l'élaboration de décision stratégique.

CHAPITRE 2 - CADRE CONCEPTUEL

L'objectif de cette étude vise à mieux comprendre comment par leurs actions quotidiennes les médecins gestionnaires jouent un rôle de stratège dans leur établissement. Ce second chapitre cherche donc à élaborer un modèle conceptuel qui supporte notre recherche. Dans un premier temps, nous soulignerons que la stratégie peut être pratiquée par plusieurs acteurs. Par la suite, nous aborderons le concept du rôle tel qu'il est utilisé dans la littérature. Puis, nous présenterons la typologie des rôles stratégiques élaborée par Floyd et Wooldridge (2000), qui constitue le cœur du chapitre. Enfin, pour mieux représenter la réalité des médecins gestionnaires dans leur fonction quotidienne, nous avons identifié deux facteurs individuels jugés importants quant au rôle des médecins-gestionnaires : le niveau hiérarchique ainsi que le sentiment d'appartenance vis-à-vis de l'établissement de santé.

2.1 La stratégie au-delà des cadres supérieurs

Les cadres de la haute direction ont longtemps été considérés comme étant les seuls acteurs légitimes du processus stratégique (Van Rensburg, Davis, et Venter, 2014). Le rôle des autres acteurs de la ligne hiérarchique, tels que les cadres intermédiaires (Floyd et Wooldridge, 1994, 1997, 2000), et les cadres de proximité (Balas-Ezzemzami, 2006), étaient limités à la mise en œuvre des plans d'action (Van Rensburg, Davis, et Venter, 2014). Néanmoins, depuis les années 1980, quelques auteurs se sont intéressés à l'implication d'une plus large gamme d'acteurs dans les décisions stratégiques (Burgelman, 1983; Floyd et Wooldridge, 1992). Ces auteurs ont ainsi démontré que les cadres intermédiaires n'agissaient pas comme de simples « courroies de transmission », mais de véritables acteurs du processus stratégique dans

l'évaluation, la prise de décision et la mise en œuvre (Burgelman, 1983; Floyd et Wooldridge, 1992; Alis et Fergelot, 2012). Le positionnement stratégique des cadres intermédiaires, leur permettent d'être les initiateurs de nouvelles idées stratégiques (Dutton et Ashford, 1983; Wooldridge *et al.*, 2008). En effet, leur lien de proximité avec les facteurs externes et les facteurs internes de leur environnement leur permet de détecter les opportunités offertes par leur milieu de travail. Cet argument tient également pour les médecins gestionnaires. En fait, avec leur connaissance de la pratique clinique, les médecins gestionnaires sont très bien positionnés pour détecter de nouveaux besoins et pour promouvoir de nouvelles orientations stratégiques pour leur établissement.

De plus, certains auteurs soutiennent que le processus de la stratégie est un phénomène répandu à l'échelle de l'organisation (Hautz, 2017; Hutter, Nketia, et Fuller, 2016; Nketia, 2016) et que, de ce fait, il devient nécessaire d'inclure une plus grande variété d'acteurs stratégiques autre que le *top management* (Hautz, 2017; Nketia, 2016, Hautz *et al.*, 2017). Hautz (2017) souligne que le processus de la stratégie est donc un phénomène social construit à travers les interactions des individus. Ces relations qui peuvent varier en fonction de multiples facteurs influencent les activités stratégiques de l'organisation.

Afin de pouvoir analyser comment les médecins gestionnaires peuvent jouer un rôle de stratège dans leur établissement, l'étape préalable consiste à définir la notion de rôle.

2.2 Définition du concept de rôle

La notion du rôle possède un long historique, et sa définition fut l'objet de plusieurs débats (Biddle, 1986). Cette notion est principalement issue de la sociologie et de la psychologie (Biddle, 1986; Royal, 2007).

Bien qu'il existe différentes perspectives, la notion de rôle a généralement été abordée sous l'angle de l'approche fonctionnaliste. À cet égard, les travaux de Katz et Kahn (1966) constituent le fondement de cette approche. Leur modèle qui prend racine dans l'étude de Kahn *et al.* (1964) définit le rôle comme étant le comportement attendu d'une personne spécifique qui occupe une place dans un groupe quelconque (Biddle, 1986 : 67; Royale, 2007). Ainsi, le caractère déterminant du modèle de Katz et Kahn (1966) suggère que le rôle est associé aux flux d'interactions entre les différentes personnes d'un groupe qui occupe différentes positions hiérarchiques (Royal, 2007).

La perspective fonctionnaliste s'inscrit dans un courant social où les rôles sont analysés à partir de normes sociales et de structures prédéfinies (Biddle, 1986; Royal, 2007; Mantere, 2008). Dans cette lignée, Mantere (2008 : 5) rapporte que « *les attentes en matière de rôle sont une contrainte sociologique classique sur le comportement des individus* ». L'idée centrale de cet extrait fait état d'un modèle organisé d'attente dans lequel le rôle ne peut être conçu en dehors des perceptions d'autrui. Selon Biddle (1986), le fait que les rôles soient conçus comme étant les attentes « communes » et « normatives » indique que ces rôles sont perçus comme des prescriptions qui expliquent les comportements des acteurs sociaux ainsi que la stabilité du système humain (Royal, 2007; Biddle, 1986).

Bien que l'apport de cette perspective soit confirmé dans l'évolution du concept du rôle, l'une des plus grandes critiques observées à son égard constitue le caractère limitatif et restrictif des actions des individus (Royal, 2007). En effet, limité dans leur manœuvre, les individus peuvent sembler prisonniers de leurs actions (Royal, 2007). Or, comme que le soutiennent Alis et Fergelot (2012), les cadres intermédiaires, tout comme les médecins gestionnaires, sont des « *agents connaissants* » qui sont en mesure de réfléchir et d'analyser par eux-mêmes leur environnement. C'est dans ce sens que nous appliquerons ici la notion de rôle.

Avant même d'entamer l'analyse de la typologie des rôles de Floyd et Wooldridge (1992), qui a été élaborée pour les gestionnaires intermédiaires, il importe de comprendre en quoi les médecins gestionnaires ont des similitudes avec les cadres intermédiaires — le focus de leur étude.

2.3 Le médecin gestionnaire comme cadre intermédiaire

L'idée d'emprunter pour notre étude de recherche un cadre conceptuel, établi à l'origine en fonction des cadres intermédiaires, ne relève pas du hasard. En effet, les médecins gestionnaires présentent plusieurs caractéristiques similaires à celles des cadres intermédiaires dans d'autres contextes, comme l'ont démontré de nombreux chercheurs. Dans un premier temps, nous retrouvons pour ces deux catégories d'emploi une similitude quant à leur implication dans l'organisation. En effet, tout comme les cadres intermédiaires, les médecins gestionnaires sont perçus comme des membres clés de la communauté organisationnelle puisqu'ils peuvent tout aussi bien agir auprès de la haute direction que de la communauté (Floyd et Wooldridge, 2000). À cela, Balogun et Johnson (2004) ajoutent que les cadres intermédiaires sont responsables

d'opérationnaliser les initiatives de changements et de les aligner avec les objectifs de leurs unités. Ainsi, nous nous approchons du rôle du médecin gestionnaire, figure duale à laquelle nous nous intéressons. Effectivement, ce dernier, souvent confronté à divers dilemmes, agit à la fois en tant que supérieur hiérarchique et en tant que subordonné. Cependant, puisque le médecin détient de manière générale une certaine forme d'autonomie, l'aspect « subordonné » peut sembler plus rébarbatif en suggérant une forme de gestion qui lui donnera potentiellement moins d'autorité qu'aux cadres intermédiaires dans d'autres contextes. Cela dit, il n'en demeure pas moins que le médecin se doit de suivre certaines réglementations de l'établissement pour lequel il travaille.

La littérature ne fournit pas de définition unifiée concernant les cadres intermédiaires. Les auteurs ayant analysé ces types de gestionnaires, les situent dans une position médiane de l'organisation, en faisant souvent référence à eux comme « managers situés hiérarchiquement en dessous des tops managers et au-dessus du premier niveau de supervision » (Dutton et Ashford, 1993). Thakur (1998) les situe « à un niveau en dessous du vice-président et deux niveaux au-dessus du cadre de première ligne », tandis que Floyd et Wooldridge (1992) les positionnent « à deux ou trois niveaux en dessous du président-directeur général ». Pour sa part, Huy (2002) positionne les cadres intermédiaires comme étant « *tout cadre situé deux niveaux en dessous du Président-directeur général (CEO) et un niveau au-dessus des travailleurs et opérationnels du terrain.* » Ainsi, l'ensemble de ces définitions nous démontre que la particularité distinctive des cadres intermédiaires ne réside pas dans la place qu'ils occupent au sein de leur organisation, mais se situe davantage dans

la proximité qu'ils ont à la fois avec le *top management* et les opérateurs (Balogun, 2003).

Au-delà de ces définitions plutôt éclectiques, les diverses expressions employées pour désigner les fonctions de cadres intermédiaires dans la pratique et dans les écrits sont également facteurs de rapprochement avec le médecin gestionnaire. Au tableau des dénominations, on retrouve, entre autres termes, le chef de service, le cadre de proximité (Balas-Ezzemzami, 2006; Andry, 2016), l'encadrant de proximité, le coordonnateur de service, etc. (Balas-Ezzemzami, 2006). Ces vocables rejoignent d'une certaine façon les appellations décernées aux médecins qui occupent des postes de gestion en établissement de soins et de santé.

Nous venons ici d'illustrer les similitudes existantes entre les cadres intermédiaires et les médecins gestionnaires. Néanmoins, il n'en demeure pas moins que ces derniers présentent également des dissemblances.

L'une des différences majeures qui peut distinguer médecins gestionnaires et cadres intermédiaires réside dans leur degré de latitude décisionnelle. Bien que les médecins doivent eux aussi se conformer à certaines règles et décisions organisationnelles, il n'en demeure pas moins qu'ils détiennent une importante autonomie professionnelle (Baker et Denis, 2012; Denis *et al.*, 2012). Celle-ci découle à l'origine de la liberté que détiennent les médecins quant au diagnostic émis auprès de leurs patients, mais qui se répercute aussi dans des décisions de types clinico-administratives à d'autres niveaux. À cet égard, le médecin détient historiquement une imputabilité beaucoup plus grande vis-à-vis des patients qu'à l'égard de l'organisation pour laquelle il travaille. Cela dit, le médecin détient donc un double statut d'expertise soit celui de la

clinique et celui de la gestion. Outre cet aspect, le médecin bénéficie d'une indépendance organisationnelle puisqu'il n'est pas un salarié au sein de notre système de santé (Denis *et al.*, 2012). De plus, comme nous l'avons soulevé dans le chapitre 1, le modèle de rémunération qui s'applique aux médecins, représente une caractéristique particulièrement distinctive de ce groupe de travailleurs. Rappelons que les médecins reçoivent une rémunération à l'acte, contrairement à bon nombre de professionnels salariés qui reçoivent un salaire sur une base annuelle. Plusieurs médecins gestionnaires (notamment, des chefs de département, ou cogestionnaires de programme-clientèle) continuent à exercer leur pratique clinique et reçoivent une rémunération pour leurs activités de gestion qui est relativement faible en comparaison avec ce qu'ils perçoivent pour leurs activités cliniques.

Nous venons de brosser un tableau des similitudes et dissemblances entre le cadre intermédiaire typique et les médecins gestionnaires. Cette étape était importante pour saisir les raisons qui nous ont poussés à adopter le modèle des rôles stratégiques de Floyd et Wooldridge (1992). La prochaine section de cette étude sera consacrée à la description des quatre rôles stratégiques.

2.4 Modèle des quatre rôles stratégiques

Le modèle conceptuel des rôles stratégiques de Floyd et Wooldridge (1992) découle des résultats d'une étude antérieure de ces mêmes chercheurs. En effet, Floyd et Wooldridge (1990) ont d'abord étudié l'existence d'un lien entre la participation stratégique des cadres intermédiaires et la performance organisationnelle. À la lumière de ces résultats, deux constats s'ensuivent : les cadres intermédiaires peuvent améliorer la performance organisationnelle (1) par des décisions stratégiques de meilleure qualité et (2) par une mise en

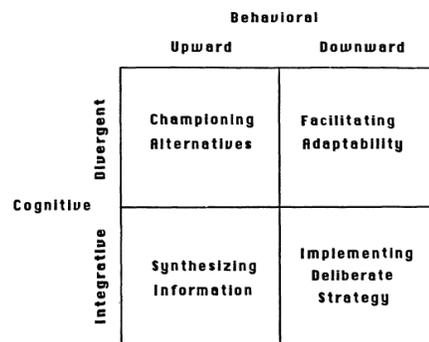
œuvre plus efficace. Malgré cette indication de leur influence sur la formulation de la performance organisationnelle, cette étude n'explique guère la façon dont ces acteurs de premiers niveaux jouent un rôle stratégique pour parvenir à créer cette influence (Floyd et Wooldridge, 1992). Les auteurs ont ainsi élaboré une typologie de quatre rôles stratégiques des cadres intermédiaires. C'est auprès de 259 gestionnaires intermédiaires répartis dans 25 organisations que les auteurs ont étudié les rôles stratégiques, et leur lien avec les stratégies organisationnelles élaborées par Miles and Snow (1978, dans Floyd et Wooldridge, 1992 : 153).

La typologie est construite sur la prémisse que la stratégie est constituée d'un flux de comportements et de cognitions, et que les quatre rôles synthétisent l'ensemble de ces comportements et de ces cognitions (voir la Figure 2.1). Les gestionnaires intermédiaires se trouvent reliés verticalement à plusieurs groupes au sein de leur organisation, et peuvent donc avoir une influence ascendante et une influence descendante sur la formation de la stratégie (Floyd et Wooldridge, 1992). En effet, ils peuvent à la fois se trouver dans une situation où ils agissent en tant que supérieur vis-à-vis d'un groupe et en tant que subordonné par rapport à un autre groupe. Alors que les influences ascendantes affectent la vision organisationnelle des hauts dirigeants, les influences descendantes, pour leur part, contribuent à façonner les orientations stratégiques émergentes des organisations. Les médecins gestionnaires peuvent également se retrouver dans les situations d'influence ascendante ou descendante.

Selon Floyd et Wooldridge (1992), les cadres intermédiaires (tout comme les médecins gestionnaires) peuvent également influencer la formation stratégique

par une influence intégratrice ou une influence divergente. L'influence intégratrice renvoie à la nécessité de développer des cognitions qui permettent l'intégration d'informations diverses afin de donner une direction à la stratégie (Floyd et Wooldridge, 1992). Pour sa part, l'influence divergente requiert l'apport d'idées novatrices pour influencer le cours de la stratégie. Ainsi, il en résulte que certaines activités sont purement intégratrices et d'autres divergentes et que ces deux types d'influence constituent une autre base pour la classification des rôles.

FIGURE 2.1 : Les quatre rôles de Floyd et Wooldridge



Source : Floyd et Wooldridge, 1992.

La figure 2.1 illustre que l'alignement de l'axe d'influences ascendantes-descendantes avec l'axe d'influences intégrative-divergente résulte de la formation de quatre types de rôles pour la mise en œuvre de la stratégie. Les rôles « *champion alternative* » et « *synthesizing information* » représentent une influence ascendante, et les rôles « *facilitating adaptability* » et « *implementing deliberate strategy* » représentent une influence descendante de l'implication stratégique.

TABLEAU 2.1 : Les quatre rôles de Floyd et Wooldridge

Type d'influence	Rôle	Description
Ascendantes	Créateur de nouvelles idées	Définit et justifie de nouveaux programmes; Évalue les mérites de nouvelles propositions; Cherche de nouvelles opportunités; Propose des programmes ou des projets à la haute direction.
	Synthétiseur de l'information	Accumule de l'information sur la faisabilité des nouveaux programmes; Communique les activités des concurrents; Évalue les changements dans l'environnement externe.
Descendantes	Facilitateur	Achète du temps pour des programmes expérimentaux; Alloue des ressources pour des projets pilotes; Encourage les discussions informelles et le partage de l'information; Fournit un environnement sécurisant pour l'innovation.
	Responsable de la mise en œuvre	Transforme buts en plans d'actions; Transforme les buts en objectifs individuels; Vend les initiatives de la haute direction aux subordonnés.

Source : Adapté de Floyd et Wooldridge, 1997, traduction libre.

Sommairement, le tableau ci-dessus décrit les principales caractéristiques des quatre rôles stratégiques de Floyd et Wooldridge (1992, 1997). Essentiellement, les influences ascendantes offrent la possibilité de faire changer la stratégie organisationnelle en proposant des alternatives nouvelles. Avec les rôles d'influences descendantes, les gestionnaires agissent en tant qu'agent de changement, ils favorisent le développement et mettent en œuvre des stratégies.

2.4.1 Créateur de nouvelles idées (champion) : Compréhension et approfondissement du rôle

Le terme « champion » est un terme qui a été exploité par plusieurs auteurs. Les travaux de Bower (1970, cité dans Floyd et Wooldridge, 1992) fournissent une première description riche du *championing*. En quelques mots, son étude démontre la manière dont les acteurs opérationnels jouent un rôle dans la définition des orientations stratégiques, où le terme « acteurs opérationnels » signifie toute personne ne faisant pas partie de la haute direction. Ces processus qui font intervenir de façon prépondérante les cadres opérationnels ou intermédiaires sont généralement qualifiés de « décentralisés ». Pour sa part, Burgelman (1991) étudie les processus stratégiques autonomes. Dans son étude, Burgelman (1983) emploie la notion *organizational championing* pour désigner l'établissement d'un contact avec la haute direction, par rapport à une sphère précise du développement d'un projet, afin de les garder informés et motivés. C'est ainsi que *organizational championing* signifie la capacité d'articuler une stratégie convaincante de communication avec la haute direction. Dans cette lignée, Floyd et Wooldridge (1997) qualifient le rôle du champion comme étant celui qui institue différentes options de persuasion afin d'établir une communication stratégique auprès de la haute direction.

Le rôle de champion exige également une certaine diplomatie (Burgelman, 1983). Fins stratèges, les champions étudient les dispositions de la haute direction et veillent à ce que les projets qu'ils implantent soient en lien avec la stratégie organisationnelle. De manière astucieuse, les champions sont parfois en mesure d'influencer les dispositions de la haute direction, et faire en sorte que les nouveaux projets implantés deviennent une priorité stratégique pour l'organisation. Pour parvenir à leur but, les champions mobilisent les

ressources autour de leur projet, affectent à cette tâche certains employés clés, puis poursuivent en formant des alliances qui exerceront suffisamment de pression pour parvenir à faire accepter leur stratégie (Huy, 2001). Ainsi, les champions entreprennent et innovent de nouveaux projets et s'assurent de mobiliser les ressources autour de ces nouvelles idées afin d'en générer le succès (Dutton et Ashford, 1993). De toute évidence, le champion doit posséder bien plus qu'une simple connaissance politique. Ce rôle nécessite la rare capacité d'évaluer le bien-fondé d'entreprendre et de proposer une nouvelle activité ou un nouveau projet dans une perspective stratégique et pas seulement technique. Ainsi, le champion est un individu qui tente d'influencer la stratégie organisationnelle en abordant des situations qui vont au-delà de sa propre responsabilité immédiate (Mantere, 2005).

L'expertise que les médecins détiennent à l'égard des décisions cliniques, jumelées à une participation à des décisions opérationnelles, leur permet de garder une influence importante (Gibeau *et al.*, 2014). En naviguant dans deux mondes distincts en même temps, une « *fenêtre à double sens* » (Llewellyn, 2001, traduction libre) s'ouvre à eux et leur donne une vision claire sur les enjeux à la fois clinique et administratif. Étant normalement les personnes les mieux informées de la réalité du terrain, et le plus en contact avec l'avancement des procédés technologiques, par leur rôle hybride, les médecins gestionnaires seront en mesure de s'assurer que les considérations cliniques soient prises en compte et demeurent au « cœur » des stratégies organisationnelles (Gibeau *et al.*, 2014). C'est pourquoi, lorsque nous pensons au rôle de champion par rapport aux médecins gestionnaires, nous pouvons imaginer que ce rôle sera extrêmement important pour ce groupe de professionnels. Étant donné l'autonomie et le pouvoir médical de ces derniers

au sein des établissements de santé, il est possible que le championnat puisse s'exercer de façon positive pour appuyer de nouveaux projets. Toutefois, cette influence du championnat peut également comporter certains éléments de résistance à une stratégie proposée par la haute direction si elle n'est pas jugée opportune.

2.4.2 Synthétiseur de l'information : Compréhension et approfondissement du rôle

Les gestionnaires de la haute direction détiennent un rôle majeur dans la formulation de l'agenda décisionnel de l'organisation (Dutton et Jackson, 1987; Vidaillet et Vignon, 2009). Mais la formulation de cet agenda ne repose pas essentiellement entre les mains de ces dirigeants de haut niveau. Bien entendu, avant de prendre quelconque décision, il faut d'abord qu'ils connaissent l'état de la situation, la problématique et le cadre dans lequel elle se situe. Bien que très efficace dans leur domaine d'intervention, les gestionnaires de haut niveau peinent souvent à obtenir l'information qui leur est utile afin de prendre une décision. Ce phénomène s'explique par le fait qu'ils n'occupent généralement qu'un rôle pivot dû à leur positionnement élevé dans l'organisation. Dès lors, les personnes qui peuvent jouer le rôle du synthétiseur deviennent une ressource importante pour la stratégie organisationnelle. En effet, les synthétiseurs sont ceux qui interprètent, analysent et évaluent les informations qui proviennent de diverses parties prenantes internes et externes à l'organisation. De ce fait, les synthétiseurs accumulent l'information et évaluent la faisabilité de nouveaux programmes. Pour ce faire, ils entretiennent des liens avec les divers fournisseurs afin d'être à l'affût des changements dans l'environnement externe. De manière générale, les synthétiseurs n'apportent pas de proposition stratégique comme telle (Floyd

et Wooldridge, 1992). Néanmoins, ils sont très habiles à interpréter diverses données complexes en lien avec la stratégie. Ils présentent donc l'ensemble de ces informations recueillies auprès de la haute direction et leur en fournissent une synthèse. En ce sens, ils leur présentent une analyse détaillée des facteurs internes et externes de l'établissement (Dutton et Jackson, 1987; Floyd et Wooldridge, 1992; Ashmos, Duchon et Bodensteirner, 1997). En agissant de la sorte, les synthétiseurs sont en mesure de recadrer les perceptions de la haute direction et ainsi changer le cours de la stratégie organisationnelle. À ce sujet, plusieurs auteurs reconnaissent l'importance de la participation des synthétiseurs dans l'analyse de l'environnement externe et interne. Ils expliquent que les décisions stratégiques des entreprises varient selon le fait que pour certaines d'entre elles les opportunités seront perçues comme des avantages, et que cette équation va également dans le sens inverse (Dutton et Jackson, 1987; Ashmos, Duchon et Bondensteiner, 1997). Floyd et Wooldridge (2000) soulignent que les informations recueillies par les synthétiseurs se construisent souvent à travers leur connaissance personnelle du fonctionnement opérationnel et des intentions de la haute direction, et que ces intentions varient au fil du temps.

Pour le médecin, rassembler et synthétiser l'information afin de la transmettre aux patients et à sa famille représente une activité importante (Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada (2017). La littérature nous démontre que cette quête d'information peut se faire par la voie de différentes sources, telles que la consultation auprès de leurs collègues, et même de la recherche sur le Web (De Leo, LeRouge, Ceriani, et Niederman, 2006). Peu importe le moyen entrepris, l'information diffusée auprès des malades doit être la plus précise et la plus claire possible afin que le patient maintienne un lien de

confiance envers son médecin. Comme il est dans la nature des médecins de synthétiser l'information, nous estimons que ce rôle stratégique occupera une place importante chez les médecins gestionnaires.

2.4.3 Synthèse des influences ascendantes

Selon Floyd et Wooldridge (1997), pour avoir un effet positif sur l'entreprise, l'influence ascendante doit être en cohésion avec l'alignement des enjeux externes et internes. Cela dit, les entreprises ne doivent pas s'attendre à une relation linéaire entre le fait d'avoir une multitude d'influences ascendantes et la performance de l'entreprise. En effet, si plusieurs gestionnaires tentent d'intégrer une influence ascendante, plusieurs de ces attentes risquent d'être basées essentiellement sur des priorités personnelles et non pas organisationnelles. Les stratégies d'influences ascendantes requièrent une analyse profonde d'informations révélatrices pour être en mesure d'influencer le cadre de la stratégie organisationnelle. Compte tenu du fait que l'information recueillie par les gestionnaires est inégalement distribuée et subjectivement interprétée, l'influence ascendante est une activité qui détient une intensité variable. Dutton *et al.* (1997) soulignent que l'apport d'idées novatrices portées à l'attention de la haute direction constitue un mécanisme fondamental de renouvellement stratégique. À travers leur rôle d'entrepreneurs de nouvelles idées (champions) et de communicateurs persuasifs (synthétiseurs), les cadres de niveaux intermédiaires influencent le cours de la stratégie organisationnelle.

2.4.4 Facilitateur du changement : Compréhension et approfondissement du rôle

Floyd et Wooldridge, (1992, 1997) définissent le rôle de facilitateur comme étant celui qui favorise l'apprentissage et développe la capacité d'adaptation chez leurs subordonnés, c'est-à-dire leur capacité à répondre au changement avec des initiatives pertinentes (Floyd et Wooldridge, 1997). Le facilitateur tend à instaurer un environnement sécurisant pour l'innovation et encourage les discussions informelles ainsi que le partage d'information (Floyd et Wooldridge, 1997). De plus, le facilitateur agit en tant qu'agent de changement et tente de créer un environnement propice et stimulant pour le développement et l'apprentissage (Floyd et Wooldridge, 1997). De la sorte, le facilitateur peut orienter les efforts de ces travailleurs en leur fournissant un cadre conceptuel qui les aide à donner du sens à leur propre expérience pour en faire des connaissances qui peuvent être utilisées par l'organisation, notamment dans des stratégies innovantes.

Nonaka (1988,1994) et Burgelman (1983) ont étudié le phénomène du facilitateur en mettant de l'avant les interactions entre confiance et apprentissage autant au niveau individuel que collectif. En somme, les travaux démontrent que pour parvenir à créer des liens de confiance qui permettront ultimement de générer et créer de nouvelles idées chez ces collaborateurs il faut mettre en place divers mécanismes d'échange et la diffusion de l'information. L'apprentissage et la confiance naissent et se renforcent mutuellement à travers des interactions collectives et individuelles avec les membres de l'organisation. Sur cette lignée, Pappas et Wooldridge (2007) ont étudié l'influence stratégique des gestionnaires facilitateurs en basant leur

approche sous l'axe des interactions sociales. À travers et même au sein des différents paliers managériaux, les interactions sociales constituent des composantes importantes dans le processus du développement et de la création de nouvelles idées (Pappas et Wooldridge, 2007).

S'appuyant sur les fondements de la typologie des rôles stratégiques de Floyd et Wooldridge (1997), Balogun (2003) étudie également le rôle du gestionnaire intermédiaire. À la lumière de son analyse, l'auteur suggère quatre rôles au gestionnaire intermédiaire, dont celui d'agent de changement. C'est ainsi que pour l'auteur, les gestionnaires intermédiaires sont considérés comme étant des acteurs clés dans le processus du changement puisqu'ils facilitent la transition vers le changement. Sous un angle similaire, Huy (2002) stipule que le gestionnaire intermédiaire agit en tant que facilitateur lors des changements organisationnels radicaux. Le facilitateur apporte un rôle de support et permet d'atténuer les tensions qui peuvent submerger lors des changements (Huy, 2002). Ainsi les gestionnaires agissent en tant que thérapeutes qui aident les employés, chargés d'émotions, à gérer leur stress.

Le processus d'apprentissage qui s'observe entre les médecins et les étudiants de la médecine s'inscrit davantage dans un processus académique dans lequel la notion de créativité et d'innovation est peu présente. Également, bien que les médecins puissent fournir un support moral à leur patient lors d'une situation difficile, ce support n'a pas pour objectif premier d'apporter un changement quelconque dans le diagnostic du patient. L'aspect facilitateur que nous observons chez les médecins n'est donc pas inscrit dans un contexte de transformation de stratégies organisationnelles en apportant des idées innovantes. La facilitation que nous observons est plutôt dans un but

académique afin de répondre aux besoins de formation des étudiants ou dans un but clinique auprès des patients. Considérant ces observations, il nous appert peu probable que les médecins gestionnaires soient naturellement orientés vers le rôle stratégique du facilitateur.

2.4.5 Responsable de la mise en œuvre : Compréhension et approfondissement du rôle

Pour plusieurs auteurs la mise en œuvre constitue le rôle clé des gestionnaires intermédiaires (Floyd et Wooldridge, 1992; Currie, 1999; Huy, 2001). Pour Huy (2001), les organisations ne disposent pas de meilleur partisan que les gestionnaires intermédiaires pour réussir l'implantation. Concrètement, ce rôle consiste à développer des étapes tactiques afin de réaliser les stratégies organisationnelles. Ainsi, la mise en œuvre consiste à contrôler les performances des actions, en respectant les finalités établies par la haute direction. Bien que ce rôle semble plutôt mécanique, puisqu'il consiste essentiellement à transposer en actions les stratégies de la haute direction, le processus de mise en œuvre demeure tout de même une activité complexe. Ceci s'explique par les constants changements organisationnels et les différents enjeux externes et internes. De ce fait, ce rôle peut-être caractérisé par un processus continu qui tente de se battre contre les perpétuels changements environnementaux afin de réaliser les objectifs organisationnels. Même dans les contextes les plus stables, les stratégies sont révisées à mesure que de nouvelles informations se présentent. Toutefois, Huy (2001) soutient que les cadres intermédiaires, notamment ceux possédant une forte crédibilité aux yeux des membres de l'organisation sont en mesure de faire accepter à leurs subordonnés les projets de changement. Bien sûr, cela nécessite qu'ils soient

convaincants et rassurants, mais comme ils sont plus près des opérations que les cadres supérieurs, ils sont par conséquent plus intimement liés aux groupes et aux individus, ce qui facilite leur capacité de les mobiliser. Ultimement, pour faire passer le message de façon plus efficace, les cadres intermédiaires sont en mesure de le personnaliser et de l'adapter en fonction des membres de leur équipe. La mise en œuvre d'une stratégie semble donc définie comme l'intervention managériale qui aligne l'action organisationnelle aux intentions stratégiques. Bien que de telles interventions facilitent les changements organisationnels, ce rôle devient intégrateur puisqu'il lie les activités organisationnelles à l'intention de la haute direction.

Malgré une marge de manœuvre relativement limitée, lors d'un changement prescrit par la haute direction, les gestionnaires intermédiaires sont tout de même en mesure de modifier l'implantation stratégique (Currie, 1999). Il arrive que parfois que les actions des gestionnaires intermédiaires soient incohérentes par rapport aux orientations stratégiques; ceci résulte d'une divergence entre la conception de la stratégie par la haute direction et la conscientisation des niveaux inférieurs. Floyd et Wooldridge (1992) appellent ces incohérences *implementation gap*. Selon l'ensemble du corps de direction, ces incohérences sont causées par une résistance au changement. Pour leur part, Floyd et Wooldridge (1992) soutiennent que ces échecs d'implantation résultent d'une certaine façon des différences de perception et de compréhension de la stratégie entre les membres de la haute direction.

Le principe de la mise en œuvre implique de respecter et d'appliquer des directives émises par la haute direction afin que celles-ci s'ajointent aux stratégies organisationnelles. L'une des caractéristiques distinctives des

médecins consiste dans le fait qu'ils sont considérés comme étant des travailleurs autonomes. Cela dit, bien qu'ils doivent respecter certaines règles de base, il est peu probable que les médecins gestionnaires consentent à adhérer à ces directives, qui peuvent dans un certain sens leur apparaître contraignantes, puisqu'ils ne sont pas considérés comme des travailleurs de l'organisation. Dans ce contexte, nous pouvons présumer que le rôle du responsable de la mise en œuvre ne sera pas l'un des rôles les plus appropriés chez les médecins gestionnaires.

2.4.6 Synthèse des influences descendantes

À l'inverse des influences ascendantes, l'uniformité dans l'influence descendante devient synonyme d'une plus grande performance organisationnelle. Floyd et Wooldridge (1997) expliquent cette corrélation par le fait que, dans leur rôle de facilitateur, les gestionnaires créent des opportunités de développement autonome, ce qui occasionne de la diversité au sein même de l'organisation et, par extension, permet à l'établissement de créer de nouvelles stratégies et d'acquérir de nouvelles compétences. Ces actions permettent à l'organisation de concentrer ses efforts et améliorent l'efficacité stratégique.

La quantité impressionnante de recherches empiriques menées au sujet de la typologie des rôles de Floyd et Wooldridge (1992) témoigne d'une des grandes forces de ce modèle. Suivant la parution de leur étude en 1992, de nombreuses autres études ont validé la typologie des rôles stratégiques du cadre intermédiaire. Notamment, les auteurs eux-mêmes ont poursuivi leur recherche pour démontrer que la réalisation de ces rôles contribue grandement à la performance des organisations (Floyd et Wooldridge, 1994, 1997). De

plus, les barrières et les facilitateurs des rôles stratégiques ont aussi fait l'objet d'étude par Mantere (2008). De façon plus détaillée, Mantere (2008) a étudié la manière dont les gestionnaires intermédiaires s'acquittent de leur rôle en s'interrogeant sur les éléments facilitateurs ainsi que sur les barrières. Afin de réaliser son étude qualitative, Mantere (2008), utilise comme cadre théorique la typologie des rôles stratégiques de Floyd et Wooldridge (1992). À la lumière de son analyse, il conclut qu'une relation de réciprocité avec la haute direction demeure essentielle dans l'activation du rôle du gestionnaire. Cette relation de réciprocité présente huit facteurs qui permettent aux gestionnaires intermédiaires d'accomplir leur rôle. Ces huit facteurs sont utilisés pour évaluer l'impact de la participation des gestionnaires intermédiaires sur la stratégie organisationnelle.

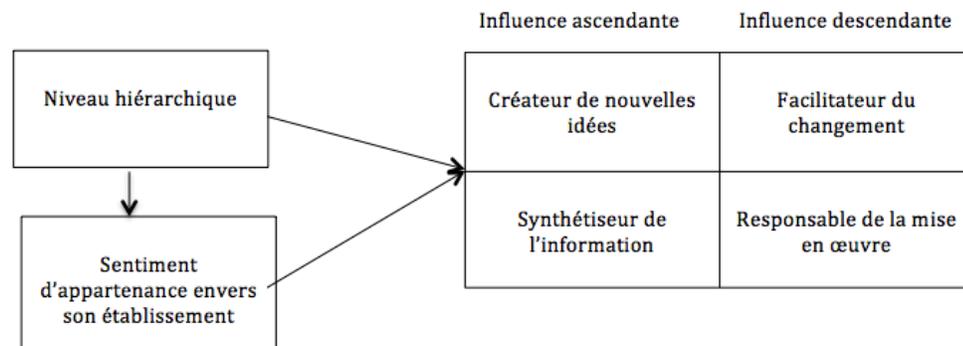
Longtemps, la recherche a considéré le rôle du gestionnaire intermédiaire comme étant une courroie de transition entre les demandes de la haute direction et les opérateurs. Autrement dit, le rôle du gestionnaire intermédiaire se limitait à fournir de l'information et à implanter la stratégie de la haute direction. Toutefois, les nombreuses littératures qui ont porté sur ce sujet suggèrent que les cadres intermédiaires, par leur rôle central dans l'organisation sont souvent en meilleure position que la haute direction pour obtenir une meilleure compréhension sur les capacités clés de leur organisation (Wooldridge *et al.*, 2008).

Nous avons vu que ce modèle pourrait servir de base pour l'analyse du rôle des médecins gestionnaires dans les organisations. De plus, nous avons émis ci-dessus quelques suppositions très préliminaires sur la pertinence de chacun de ces quatre rôles pour les médecins gestionnaires, basées sur ce que l'on connaît

de la position des médecins dans les organisations de santé. Notamment, nous suggérons d'attribuer de préférence les rôles ascendants aux médecins gestionnaires plutôt que les rôles descendants. Notre recherche empirique explorera la question.

Cependant, le modèle de Floyd *et al.* (1992) ne fournit pas en soi de clés qui permettent de prédire dans quelle mesure un cadre intermédiaire risque d'adhérer à un rôle plutôt qu'à un autre. Dans le contexte qui nous concerne, nous pensons que d'autres facteurs, tels que le niveau hiérarchique occupé par le médecin gestionnaire ou son sentiment d'appartenance envers son établissement de santé, peuvent potentiellement nous éclairer et seront maintenant considérés.

FIGURE 2.2 : Modèle conceptuel de recherche



2.5 Les variables individuelles

La figure 2.2 illustre notre modèle conceptuel de recherche. En fait, tout en partant des quatre rôles stratégiques de Floyd et Wooldridge (1992), notre modèle prend en considération deux autres variables. En ajoutant la variable du

niveau hiérarchique, nous cherchons à comprendre si le fait d'occuper une fonction hiérarchique quelconque dans leur organisation peut avoir une influence quant au rôle joué par les médecins gestionnaires. Le principe est similaire en ce qui a trait à la variable de la relation des médecins gestionnaires envers leur établissement de santé. Nous cherchons également à comprendre si un tel sentiment d'appartenance peut avoir une influence quant au rôle joué par les médecins gestionnaires. De plus, nous voulons également évaluer si le niveau hiérarchique dans l'établissement de santé influence la relation qu'un médecin gestionnaire peut avoir vis-à-vis de son établissement de santé, et si cette relation influe sur le rôle joué pour les médecins gestionnaires.

Nous discutons maintenant de l'impact potentiel de chacune de ces variables par rapport aux rôles qu'exercent les médecins gestionnaires

2.5.1 Le niveau hiérarchique et les rôles stratégiques

Les organisations de grande taille ont de multiples niveaux hiérarchiques de gestion, et les établissements de santé en font partie. Plus le niveau hiérarchique est élevé, moins il y a de gestionnaires dans cette position et moins leur rôle et leur responsabilité sont orientés vers la gestion des activités quotidiennes (Delbecq *et al.*, 2013). Leurs actions se limitent davantage à la « planification des changements organisationnels » et à concevoir des réponses à ces changements. De leur côté, Desmarais et Abord de Chatillon (2010) stipulent que bon nombre de cadres de premiers niveaux décrivent leur rôle comme un management par objectifs, c'est-à-dire un management pour lequel les cadres de premier niveau agissent à titre de courroie de transmission et dont l'objectif principal est d'atteindre les cibles organisationnels. Compte tenu de ces différences, nous pouvons penser que le niveau hiérarchique des médecins

gestionnaires pourra influencer d'emblée leur investissement dans les rôles stratégiques, les gestionnaires de haut niveau hiérarchique qui mettent plus d'investissement total dans l'ensemble de ces rôles que les médecins gestionnaires de niveau plus proche des opérations.

Cependant, on peut aussi se demander si le niveau hiérarchique pourrait influencer la prévalence relative de certains des rôles proposés par Floyd et Wooldridge (1992) par rapport à d'autres. Confirmant en partie cette idée, Mantere (2005) a examiné les rôles en fonction des niveaux hiérarchiques dans 12 organisations de différents secteurs, notamment en ce qui a trait au rôle du *champion*. Parmi les 301 personnes interrogées dans son étude, 158 ont été catégorisées comme étant des *champions*, c'est-à-dire des personnes qui ont rapporté avoir *tenté d'influencer des situations considérées centrales dans leur organisation* (Mantere, 2005 : 164). Les résultats de ces entrevues démontrent qu'indépendamment du niveau hiérarchique il y a des *champions* dans chacun des niveaux. Par contre, dans son échantillon, le niveau moyen des acteurs qui jouaient le rôle de champion était plus élevé chez les cadres intermédiaires que chez les gestionnaires de haut niveau et davantage encore chez les opérateurs de base. On pourrait penser alors que le rôle de champion serait plus souvent exercé par les médecins-gestionnaires qui sont plus proches de la base par rapport à ceux de haut niveau hiérarchique.

En ce qui concerne les autres rôles, nous n'avons pas de présuppositions particulières. En fait, même si en général la littérature dont il est fait mention ci-dessus voit le rôle de responsable de la mise en œuvre comme étant plus fortement associé aux gestionnaires de la base, nous ne sommes pas convaincus que cela s'appliquera nécessairement aux médecins gestionnaires. Plus les médecins gestionnaires occupent des postes proches de la pratique clinique,

plus leurs visées seront vraisemblablement opérationnelles. Cependant, en même temps, leurs liens financiers avec l'organisation risquent d'être limités (en comparaison avec les médecins cadres supérieurs qui sont rémunérés pour la gestion à temps plein). Cela pourrait leur permettre de disposer d'une plus grande autonomie par rapport aux orientations préconisées par la haute direction. Puisant dans leurs expertises et pouvoirs de décision clinique, ils pourront même exercer une résistance s'ils ne considèrent pas ces orientations appropriées.

Cela nous amène à considérer l'autre facteur du modèle : sentiment d'appartenance envers l'organisation.

2.5.2 Le sentiment d'appartenance envers son établissement de travail

Le sentiment d'appartenance influence grandement sur l'engagement organisationnel. Pour Porter, Steers, Modway et Bouliane (1974) l'engagement organisationnel réfère à l'attitude de l'individu envers son organisation. Il existe un lien d'engagement lorsque les buts de l'organisation et ceux de l'individu sont en conformité. Ainsi, l'engagement organisationnel est défini comme étant une relation particulière entre un travailleur et son organisation de travail (Modway, Steers et Porter, 1979). Cette relation travailleur-organisation est caractérisée par trois dimensions (Porter, Steers, Modway et Bouliane, 1974).

- a) Le travailleur accepte et supporte les buts de son organisation de travail.
- b) Le travailleur démontre une volonté dans ses efforts pour participer au succès de son organisation de travail.
- c) L'employé démontre une forte volonté à vouloir rester membre de l'organisation pour laquelle il travaille.

Ainsi, la relation du travailleur avec son entreprise déterminera sa volonté à vouloir s'impliquer au sein de son organisation (Salancik, 1977); c'est l'aspect comportemental de la relation employé-organisation. Cet aspect est étroitement lié avec l'attitude décrite précédemment. En d'autres termes, l'attitude qu'aura l'employé envers son organisation de travail affectera son comportement, ses actions et par le fait même le rôle qu'il y exercera (Salancik, 1977). En ce sens, un médecin gestionnaire ayant un sentiment d'appartenance élevé envers son organisation sera plus enclin à s'impliquer et à soutenir ses actions.

L'intérêt de mesurer le sentiment d'appartenance dans notre étude vient du fait que les médecins du Québec détiennent un statut de travailleur autonome. Cette autonomie s'inscrit dans une logique professionnelle selon laquelle les médecins se sentent davantage responsables vis-à-vis de leurs patients et de leurs collègues qu'ils ne le sont vis-à-vis de leur organisation (Denis *et al.*, 2012). Il peut donc s'avérer difficile pour eux d'adhérer à la logique managériale selon laquelle il est possible d'améliorer les soins tout en accordant une importance particulière au rôle de gestion (Denis *et al.*, 2012). Comme le mentionnent les auteurs, ces deux logiques sont plus moins compatibles (Denis *et al.*, 2012), et cette incompatibilité peut avoir un impact sur le degré d'appartenance des médecins envers leur organisation. Pour appuyer ces propos, Suman et Srivastava (2012) déclarent que plus une personne adhère aux principes organisationnels, plus elle sera engagée.

De façon concrète, comment le niveau d'appartenance pourrait-il influencer l'investissement des médecins gestionnaires dans les quatre rôles de Floyd et Wooldridge (1992)? D'une part, il nous semble qu'a priori un sentiment d'appartenance élevé est susceptible d'inciter le médecin gestionnaire à un plus fort investissement dans l'ensemble des rôles stratégiques, alors qu'un

sentiment d'appartenance faible risquerait de se manifester par un désengagement général envers ces rôles.

D'autre part, il nous semble raisonnable de penser qu'un médecin avec un sentiment d'appartenance plus élevé envers son établissement aura tendance à mettre une part plus importante de son énergie dans le rôle de responsable de la mise en œuvre de la stratégie, puisque son engagement envers l'organisation suscitera son adhésion à ses projets stratégiques.

Finalement, il est important de souligner que la variable « niveau hiérarchique » et la variable « sentiment d'appartenance » sont liées entre elles. On pourrait s'attendre à ce que les médecins gestionnaires de niveau hiérarchique plus élevé éprouvent un plus grand sentiment d'appartenance à l'organisation, notamment à cause de leurs investissements plus importants dans les activités de gestion par rapport aux activités cliniques (voir la figure 2.2.).

Dans ce chapitre nous avons abordé les différentes notions des quatre rôles stratégiques de la typologie de Floyd et Wooldridge (1992). Nous avons débuté notre analyse en démontrant que la stratégie est une activité qui peut être pratiquée au-delà des cadres de la haute direction. Par la suite, nous avons démontré les similitudes et les dissemblances entre les médecins gestionnaires et les cadres intermédiaires, puisque la typologie empruntée a d'abord été élaborée pour les cadres intermédiaires. Enfin, nous avons entamé l'analyse des quatre rôles de Floyd et Wooldridge (1992). Cette analyse nous a permis d'évaluer la pertinence de chacun de ces rôles pour les médecins gestionnaires.

Nous avons ensuite considéré deux variables individuelles que nous avons jugées importantes pour mieux comprendre les différents types de rôles exercés par les médecins gestionnaires, soit le niveau hiérarchique et le sentiment d'appartenance envers l'organisation.

CHAPITRE 3 - MÉTHODOLOGIE

Afin de répondre adéquatement à la question : « Comment les médecins gestionnaires jouent-ils un rôle de stratèges dans leur organisation? », nous devons analyser les pratiques stratégiques de ces acteurs.

Le présent chapitre vise à décrire la méthode utilisée pour répondre à notre question de recherche. Dans un premier temps, nous traiterons du choix méthodologique et des raisons qui ont motivé ce choix. Ensuite, nous détaillerons notre processus de cueillette de données qui s'est essentiellement déroulé lors d'entrevues semi-structurées et à l'aide de questionnaires. Également, nous aborderons notre terrain de recherche et nous expliquerons notre processus d'analyse des données.

3.1 Le cadre méthodologique

Notre objectif consiste à nous rapprocher de la pratique pour améliorer notre compréhension de l'impact des actions quotidiennes des médecins gestionnaires sur la formulation de manière consciente ou inconsciente de la stratégie. Pour nous rapprocher davantage de leur réalité, nous avons jugé pertinent de prendre en considération deux facteurs individuels chez les médecins gestionnaires, notamment leur niveau hiérarchique dans l'organisation et leur niveau d'attachement vis-à-vis de leur organisation de travail. De plus, afin de mieux nous imprégner de leur réalité nous avons dû cerner leurs enjeux actuels et procéder à nos questions.

3.2 Deux méthodes complémentaires

Le premier volet de notre recherche s'inscrit dans le courant des recherches qualitatives. Bien qu'il existe une variété de définitions concédées à la recherche qualitative, la grande majorité des auteurs s'entendent pour dire qu'elle vise principalement à décrire en profondeur un phénomène social. Deslauriers *et al.*, (1982) écrivent que « *le terme "recherche qualitative" est un terme générique qui désigne l'étude des phénomènes sociaux dans leur contexte ordinaire, habituel* ». De plus, la recherche qualitative se caractérise par une approche qui consiste à décrire et à analyser le comportement des acteurs.

De manière générale, l'entrevue semi-dirigée constitue un outil privilégié dans le cadre des recherches dites qualitatives. De ce fait, nous avons abordé notre problématique sous cette modalité. L'intervieweur a donc travaillé avec un guide d'entrevue élaboré selon le sujet et la cible de l'étude.

L'approche qualitative de l'entrevue structurée nous permet de capter certaines informations quant aux divers rôles stratégiques possibles chez les médecins gestionnaires. Toutefois, elle ne répond qu'en partie à notre question de recherche. L'approche qualitative permet de décrire et d'analyser le rôle joué par les médecins dans leur quotidien, et ce, en tenant compte de leur environnement. Cependant, elle ne permet pas de mesurer la fréquence et le degré d'importance accordé au rôle dans la réalisation du travail des médecins gestionnaires.

En ce sens, nous croyons qu'une approche quantitative ajoutera quelques précisions empiriques à notre objectif de recherche. De fait, nous avons estimé

utile l'ajout d'un questionnaire qui portera son attention sur deux aspects bien précis. D'abord, sur le sentiment d'appartenance des médecins gestionnaires vis-à-vis de l'établissement de santé pour lequel ils travaillent. Dans un second temps, nous avons voulu mesurer le degré d'appropriation d'un des quatre rôles décrits dans la typologie de Floyd et Wooldridge (1992). Plus précisément, cette seconde section du questionnaire vise à apporter une analyse plus approfondie du degré d'importance que les acteurs accordent à l'un ou l'autre des quatre rôles stratégiques.

Nous croyons que ces deux méthodes sont complémentaires et permettront une analyse plus approfondie et répondront de manière adéquate à nos objectifs de recherche. Par ailleurs, l'utilisation simultanée de ces deux approches apporte une synergie dans notre méthodologie. En ce sens, le questionnaire ajoute une seconde vision quant à l'interprétation du rôle de stratège des médecins gestionnaires. D'autre part, les entrevues semi-dirigées permettent de mieux s'imprégner de l'univers dans lequel navigue quotidiennement l'acteur intéressé.

3.3 Profil des répondants

Au total, 10 médecins gestionnaires ont été interrogés durant la collecte de données. Parmi ces individus, 60 % sont des hommes, contre 40 % de femmes. Selon le recensement de l'Association médicale canadienne (2017), 41 % des postes de médecins sont occupés par des femmes et 59 % par des hommes. Il est à noter que cette statistique ne fait toutefois pas la distinction entre les médecins gestionnaires et les médecins praticiens. Plus près de nous, un sondage effectué par Léger Marketing pour le compte de l'Association médicale du Québec (2016) révèle que 51 % des médecins gestionnaires sont

des hommes et 49 % des femmes. Bien que les données de ces deux sources soient légèrement distinctes, nous pouvons confirmer que notre échantillon est sensiblement représentatif de la réalité. Les sujets interrogés devaient posséder une expérience de gestion d'au moins deux ans dans leur établissement de santé actuel. Considérant les nouvelles législations établies au cours des deux dernières années, et tenant compte du fait que celles-ci ont eu un impact quant à la fusion ou l'abolition de certains postes, nous n'avons pas exigé que le médecin gestionnaire interrogé ait occupé son poste actuel depuis plus de deux ans. Au moment de l'entrevue, la majorité des médecins gestionnaires exerçait leur fonction dans la grande région de Montréal. Seulement deux d'entre eux pratiquaient ailleurs au Québec. De plus, la formation initiale des médecins gestionnaires provient de cinq spécialités différentes. Enfin, 20 % des médecins gestionnaires interrogés pratiquaient majoritairement dans un CIUSS ou un CISSS, 70 % des répondants pratiquent dans un établissement non fusionné et 10 % dans un milieu universitaire¹. Un pourcentage de 40 % des médecins interrogés possèdent une formation en administration soit par l'obtention d'une maîtrise (M.Sc) ou d'un M.B.A.

Afin de fournir une représentation plus juste du rôle des médecins gestionnaires, nous avons délibérément sélectionné des répondants occupant des positions hiérarchiques différentes dans leur organisation. Nous avons donc interrogé des médecins gestionnaires occupant des positions variées, telles que président-directeur général, directeur général adjoint, directeur des services professionnels, cogestionnaire administratif et chef de service.

¹ <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/reorganisation/portrait>

TABLEAU 3.1 : Répartition des médecins gestionnaires en fonction de leur position hiérarchique

Haute direction	Direction intermédiaire
4	6

FIGURE 3.1 : Répartition des médecins gestionnaires en fonction du sexe

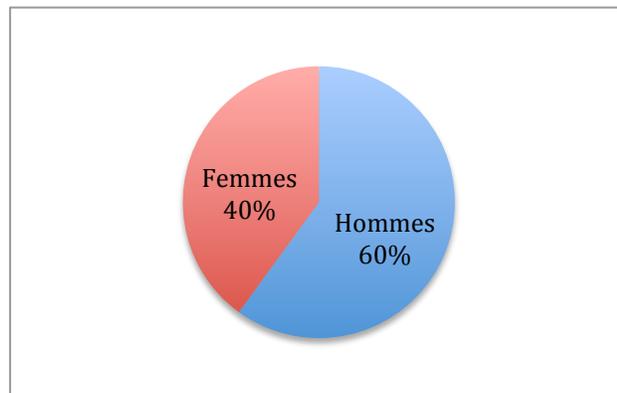


TABLEAU 3.2 : Répartition des champs de spécialisation initiale des médecins gestionnaires

Champs initiaux de spécialisation	Répartition (%)
Cardiologie	40 %
Pneumologie	10 %
Médecine familiale	30 %
Microbiologie	10 %
Autres	10 %

3.4 Réalisation des entrevues

La réalisation des entrevues semi-structurées s'est déroulée auprès de dix médecins gestionnaires qui occupent un tel poste de manière entièrement volontaire. Parmi ces dix médecins gestionnaires, un seul d'entre eux était une connaissance personnelle. Grâce à cette connaissance, nous avons pu obtenir le nom de quelques autres médecins gestionnaires. Finalement, quelques autres médecins gestionnaires ont été approchés grâce à une recherche personnelle. À l'exception du médecin gestionnaire qui constituait une connaissance personnelle, les autres sujets interrogés ont été approchés par un courrier électronique qui leur était personnellement destiné (Annexe 1). Ce courriel leur expliquait la raison de notre sollicitation ainsi que le but et les objectifs de notre recherche. Quant au médecin gestionnaire présenté comme une connaissance personnelle, celui-ci a été approché par téléphone.

Les entretiens semi-dirigés ont l'avantage d'offrir une grande souplesse et d'établir un véritable échange entre le chercheur et le sujet. Pour maximiser pleinement cet échange, il fût primordial de rassurer le sujet sur les objectifs et les intentions de la recherche pour laquelle il était sollicité. Ainsi, chacune des entrevues a débuté par une brève description du projet de recherche. Pour briser la glace, le chercheur a tout d'abord demandé à chacune des personnes interrogées de se présenter et de décrire brièvement son parcours professionnel. Au rythme de la rencontre, des questions figurant sur une grille d'entrevue, préalablement construite par le chercheur (Annexe 2), ont été abordées. Le but du chercheur étant de limiter ses interventions, afin de faciliter le développement du récit, la grille d'entrevue n'a servi que de cadre de référence

durant la rencontre. Elle visait donc à garder une certaine fluidité dans le déroulement de l'entrevue.

La cueillette de données fut réalisée entre les mois de juin 2016 et septembre 2016, selon les disponibilités des répondants identifiés. Une plage horaire de 60 minutes a été planifiée pour chacune des rencontres, certaines s'échelonnant sur une plus longue durée. Tous les entretiens ont été enregistrés et transcrits, générant ainsi une dizaine de pages à simple-interligne de *verbatim* par entretien.

Dans le but de profiter au maximum de ces rencontres individuelles, l'accent a été mis sur l'écoute lors de ces entretiens afin de laisser émerger la complexité et de favoriser le partage autour du thème d'intérêt commun.

3.5 Le questionnaire

Bien que notre recherche ait comme objectif premier de comprendre comment les médecins gestionnaires jouent un rôle de stratège dans l'élaboration de décisions stratégiques, nous avons également tenté de découvrir, à partir de leurs propos, les rôles stratégiques qui correspondent le mieux à leur action, selon la typologie de Floyd et Wooldridge (1992). Pour cela, nous avons utilisé un questionnaire écrit (Annexe 3). Ce questionnaire tirant son origine de la dissertation doctorale de David Cohen (2015) a été bâti et enrichi à l'aide de discussions avec le directeur de l'étude.

Cet outil de mesure comprend uniquement des questions fermées qui prévoient des choix de réponses selon une échelle de type Likert (en cinq points). Les questionnaires fermés offrent l'avantage d'amener le sujet à concentrer son attention sur la dimension précise qui intéresse le chercheur. De plus, cette

méthode peu coûteuse et simple à administrer permet une analyse rapide. Ce questionnaire a été remis à chacun des sujets interrogés uniquement après que l'entrevue ait été effectuée. Nous avons procédé de la sorte afin d'éviter toute possibilité de réponse biaisée lors des entretiens semi-structurés. Nous avons estimé que de remettre le questionnaire à l'avance aurait pu influencer le cours des réponses fournies lors des entretiens. Selon Lescarbeau (1994 : 95), le questionnaire offre comme avantage de recueillir des réponses quantifiées et standardisées, mais facilite aussi la compilation et l'analyse des résultats.

Ce questionnaire est divisé en deux sections. La première partie se concentre sur la relation du médecin vis-à-vis de l'établissement de soins et de santé où il exerce son rôle de médecin gestionnaire. Autrement dit, le but de cette section tend à déterminer le degré d'appartenance du médecin gestionnaire vis-à-vis de l'établissement pour lequel il travaille.

Tel que nous l'avons mentionné dans le chapitre précédent, si nous avons voulu étudier la variable individuelle du degré d'appartenance, c'est dans le but de déterminer si :

- 1- il existe un certain lien quant au positionnement hiérarchique du médecin gestionnaire et son niveau d'appartenance envers son établissement;
- 2- le fait d'avoir un niveau d'appartenance plus fort envers son organisation influence le rôle que joue le médecin gestionnaire en tant que stratège.

Cette première section du questionnaire comporte un total de quatorze énoncés pour lesquels le répondant devait indiquer son degré d'accord ou de désaccord. La moyenne des réponses données fournissait un indicateur du degré d'appartenance.

Dans la seconde partie du questionnaire, nous avons décrit chacun des quatre

types de stratégies et, pour chacun des rôles, nous avons demandé aux répondants de répondre à trois types de questions. À cette fin, chaque rôle était associé à une triade d'énoncés.

- (1) Déterminer la fréquence à laquelle ils exerçaient les activités reliées à ce rôle dans leur quotidien;
- (2) Déterminer la fréquence à laquelle ils exerceraient ce rôle dans leur quotidien s'ils pouvaient modifier leur rôle actuel; et
- (3) Déterminer le degré d'importance des activités décrites dans ce rôle pour bien accomplir leur travail actuel.

Afin que les répondants puissent répondre adéquatement aux questions concernant les énoncés des questions en lien avec les points (1) et (2), une échelle de type Likert en cinq points a été constituée. L'échelle allant de « J'effectue fréquemment ces activités » à « Je n'effectue jamais ces activités », les répondants devaient faire leur sélection sur cette échelle à degrés. Pour les questions en lien avec les énoncés correspondant au point (3), les répondants devaient également répondre en fonction d'une échelle en cinq points, et celle-ci allait de « Importance capitale » à « Pas important du tout ». Pour créer un indicateur qui résume l'intensité d'investissement dans chaque rôle, nous avons calculé la moyenne des trois indicateurs pour chaque rôle.

3.6 L'analyse des données

Avant d'amorcer l'analyse des données recueillies, nous avons procédé à la transcription intégrale des entrevues individuelles. Cette opération a permis au chercheur principal de s'imprégner des récits des entrevues et d'ainsi mieux les comprendre. La totalité du *verbatim* équivaut à 11 heures d'entrevues et 100 pages de textes transcrits. L'analyse des entrevues semi-structurées s'est faite

en plusieurs étapes. Rappelons que l'objectif de cette recherche est de comprendre comment les médecins gestionnaires jouent un rôle de stratège dans leur établissement. Afin de s'assurer d'extraire les éléments et les récits pertinents pour répondre à notre question, nous avons orienté notre analyse autour de deux grandes questions :

- (1) Quels rôles jouent les médecins gestionnaires?
- (2) Quels sont les éléments qui influencent ce rôle?

Pour répondre à la première question, nous avons extrait des entrevues tous les éléments, récits et propos qui font état d'une action ou d'une pratique quelconque dans une situation donnée. En d'autres termes, nous avons extrait les activités exercées par les médecins gestionnaires dans leur travail quotidien. Afin de répondre à la seconde question, nous avons fait ressortir toutes les mises en situation vécues par les médecins gestionnaires, ainsi que les défis auxquels ils ont fait face. En procédant de la sorte, nous avons pu constater que certains défis étaient récurrents d'un individu à l'autre.

Étant donné le volume abondant d'informations recueillies lors des entretiens et afin de s'assurer de conserver les éléments pertinents à notre question de recherche, nous avons élaboré, à l'aide d'Excel, un tableau sommaire pour chacune des entrevues réalisées auprès des médecins gestionnaires.

En ce qui trait à l'analyse des données du questionnaire, nous avons procédé en plusieurs étapes. D'abord, nous avons individuellement analysé les 10 questionnaires recueillis auprès des médecins. Ainsi, dans cette première étape, il nous a été possible d'analyser pour chaque médecin les liens potentiels entre son niveau hiérarchique et son sentiment d'appartenance envers son établissement de santé ainsi que le rôle prédominant qu'il y tient.

En second lieu, nous avons comparé les résultats de chacun des 10 questionnaires pour tenter de découvrir des liens possibles se rapportant aux niveaux hiérarchiques. Le but est de voir si le fait d'occuper un niveau hiérarchique quelconque incite une personne à jouer un rôle stratégique en particulier ou si le fait d'occuper ce niveau hiérarchique influence sur le sentiment d'appartenance.

CHAPITRE 4 - PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS

Le présent chapitre présente l'ensemble des résultats recueillis auprès des 10 médecins gestionnaires lors d'entretiens semi-dirigés ainsi que les résultats des questionnaires auxquels ont répondu ces mêmes médecins.

Conjointement aux résultats obtenus lors des entrevues individuelles et aux données recueillies à l'aide des questionnaires, nous serons en mesure de fournir une analyse précise des principaux rôles joués par les médecins gestionnaires. Grâce aux commentaires obtenus lors des entretiens semi-dirigés, nous obtiendrons une meilleure compréhension sur la manière dont chacun des rôles est réalisé, ainsi que des éléments influençant ces rôles. Cette partie d'analyse représente le **volet qualitatif** de notre étude. Appuyé par les questionnaires, le **volet quantitatif** permettra de déterminer le rôle le plus souvent assumé par les médecins gestionnaires dans leur quotidien, et celui dont le rôle est le moins fréquent. Ainsi, lorsqu'un répondant indique à une question « J'effectue fréquemment ces activités », ou répond « D'une importance capitale », cela signifie que le répondant démontre une forte appropriation du rôle en question. À l'inverse, lorsque le répondant indique « Je n'effectue jamais ces activités », ou « Pas importantes du tout », cela signifie que le répondant n'a pas une forte appropriation du rôle mentionné. En effectuant cette analyse, nous pourrions quantifier le nombre de sujets qui disent jouer un quelconque rôle et valider ces informations avec les données qualitatives des entrevues. Finalement, nous pouvons déterminer pour chaque

rôle l'appropriation moyenne à l'aide de l'échantillon en calculant la moyenne des trois sous-indicateurs du rôle dans le questionnaire.

De plus, dans une tout autre section du questionnaire, le volet quantitatif nous permet de déterminer le sentiment d'appartenance des répondants à l'égard de leur établissement. De la sorte, le sentiment d'appartenance étant un élément qui peut influencer le rôle qu'exercent les médecins gestionnaires, nous analyserons si en effet cela a une incidence sur le rôle qu'ils jouent.

4.1 Les rôles stratégiques

Rappelons-nous que quatre rôles stratégiques proposés par Floyd et Wooldridge prennent forme lorsque le gestionnaire entre en relation avec ses supérieurs (supérieur immédiat et haute direction) ou les subordonnés. Ainsi, les médecins gestionnaires peuvent exercer une influence ascendante, ou une influence descendante, d'après leur niveau d'interaction.

4.1.1 Responsable de la mise en œuvre

Rappel théorique

Le responsable de la mise en œuvre est chargé de traduire les aspirations de la haute direction en actions concrètes (Balogun, 2003; Floyd et Wooldridge, 1992; Floyd et Wooldridge, 1994; Floyd et Wooldridge, 1997). Autrement dit, c'est à travers ce rôle que les médecins gestionnaires construisent leur compréhension de la stratégie, de façon à traduire les décisions organisationnelles de la haute direction en solutions opérationnelles.

Le rôle du responsable de la mise en œuvre représente de loin le rôle principal qu'assument les médecins gestionnaires. Un pourcentage de 70 % des

répondants ont sélectionné la case « J'effectue fréquemment ces activités » à la question suivante : *À quelle fréquence effectuez-vous les activités décrites dans le type A?* (Question 15 du questionnaire). En chiffres, la moyenne de ce rôle équivaut à 4,47 sur une échelle de 5, ce qui représente un score plutôt élevé.

Activité A.

Les médecins gestionnaires contribuent à la stratégie en mettant en œuvre les changements stratégiques convenus par l'équipe de direction concernant leur champ de responsabilité. Ils communiquent et vendent de nouvelles orientations stratégiques approuvées par le conseil d'administration aux médecins et gestionnaires de premier niveau. Ils conçoivent et supervisent les plans d'action qui visent à atteindre les objectifs et travaillent pour faire en sorte que leur unité (département, programme, etc.) supporte les objectifs de l'établissement de soins.

Le pourcentage élevé démontre une forte appropriation de ce rôle chez les médecins gestionnaires. Parmi ces répondants, 20 % ont indiqué que les activités décrites dans le rôle de la mise en œuvre étaient d'une *importance capitale* pour la réalisation d'un bon travail dans leur position actuelle (question 17 du questionnaire). Toujours en lien avec le rôle du responsable de la mise en œuvre, les répondants devaient indiquer, à la question 16 du questionnaire, la fréquence à laquelle ils effectueraient les activités décrites dans ce rôle s'ils avaient la chance de pouvoir concevoir leur propre emploi. 50 % des répondants ont indiqué qu'ils effectueraient fréquemment ces activités, alors que 40 % ont indiqué qu'ils les effectueraient souvent. À la lumière du questionnaire, les répondants se sont fortement reconnus dans

l'énoncé des activités qui correspondaient au rôle du responsable de la mise en œuvre. Alors que l'aspect quantitatif du questionnaire vise principalement à fournir des chiffres quant au nombre de répondants qui se reconnaissent dans un rôle donné, l'aspect qualitatif se veut un peu plus explicite et dévoile la manière dont ce rôle est entrepris au quotidien dans le travail des médecins gestionnaires. L'entrevue semi-dirigée avait donc pour objectif premier de cibler les micro-actions effectuées par les médecins gestionnaires, et comment ces micro-actions se traduisent dans leur quotidien.

La création de nouvelles législations ou de nouvelles réformes est un outil qui contribue à la transformation du système de santé québécois. De toute évidence, ces nouvelles législations ont un impact direct sur le mode de gouvernance des établissements de santé. Afin de conserver la mission organisationnelle, les gestionnaires, notamment les médecins gestionnaires, disent agir en tant que courroies de transmission des nouvelles orientations stratégiques auprès de leur équipe, ce qui les amène à s'assurer que ces nouvelles orientations soient bien comprises. L'extrait qui suit s'inscrit dans un contexte où l'établissement de santé pour lequel le médecin gestionnaire travaille vient de subir une énorme transformation organisationnelle, en lien avec une loi récemment mise en place. Cette législation a pour objectif de réduire le nombre d'établissements de santé, en créant des fusions. De toute évidence, cette orientation a eu de nombreux impacts, notamment en matière de mode de gestion des établissements de soins et de santé. Afin de s'assurer que les directives de l'établissement concerné soient bien comprises lors de l'implantation de cette réforme gouvernementale, il était important de conscientiser et d'informer les gestionnaires.

« Mon travail c'est de m'assurer que les directions comprennent bien les grandes orientations de l'organisation. Ça, c'est important, puisqu'on reste collés aux grandes orientations de l'organisation. » (Médecin gestionnaire 4)

L'extrait présenté ci-dessus nous révèle qu'au-delà de la mise en œuvre de la stratégie organisationnelle, les médecins gestionnaires s'assurent que le personnel qui sera responsable de cette mise en œuvre comprenne clairement la stratégie. Le rôle de mise en œuvre, étant un rôle sous l'axe des influences descendantes, il est donc compréhensible de voir que la mise en œuvre par la haute direction soit finalement transmise aux personnels opérationnels.

Tout processus de mise en œuvre est constitué d'un point de départ, qui provient de manière générale de la haute direction, et d'une finalité qui constitue l'objectif à atteindre. Peu importe les décisions stratégiques organisationnelles qui doivent être mises de l'avant, les finalités qu'elles entraînent peuvent varier d'un établissement à l'autre. De plus, les objectifs dépendent de la mission, de la vision et des valeurs organisationnelles. Ainsi, l'extrait suivant nous suggère que le responsable de la mise en œuvre tient compte des valeurs et qu'il s'assure également de les transmettre à son équipe.

« On regarde en fonction des valeurs et des principes organisationnels. On s'est donné comme principe l'accessibilité des trajectoires, la qualité des actions et la qualité de nos extrants. Donc, on pondère en fonction de ces paramètres-là pour prendre la décision basée sur ça. » (Médecin gestionnaire 6)

L'ensemble des établissements de soins et de santé sont gérés par des administrateurs de formation, et par des médecins gestionnaires n'ayant pas systématiquement une formation administrative. Cette dualité de mode de gestion peut occasionnellement créer des conflits, ou des mésententes sur certaines sphères du travail. C'est pourquoi il est parfois important pour la direction, et dans cet extrait-ci, pour le médecin gestionnaire, de rappeler les valeurs et les principes de l'organisation afin que les deux parties travaillent de pair pour y parvenir. Il revient donc au responsable de la mise en œuvre de transformer les objectifs de l'établissement en objectif opérationnel.

Également, transposer en action les stratégies de la haute direction constitue un processus relativement complexe et les actions sont difficilement transférables d'un établissement à l'autre. La complexité de cette transformation découle des objectifs organisationnels établis, mais également parce que les stratégies changent dans le temps en fonction des nouvelles orientations de l'organisation.

En ce sens, selon les répondants, il peut être nécessaire pour le responsable de la mise en œuvre de mettre en place les stratégies, et également de les réajuster afin de s'assurer qu'elles demeurent en concordance avec la réalité actuelle des établissements.

« Je mets en place l'ensemble des éléments pour répondre à ces besoins, je les mets en place, puis je mesure l'impact de cette réponse au besoin pour voir si les besoins sont répondus complètement, pas complètement, de façon appropriée, pas appropriée. » (Médecin gestionnaire 9)

Dans l'extrait ci-dessus, le médecin gestionnaire nous révèle qu'il souhaite évaluer l'impact des activités de la mise en œuvre. Autrement dit, ce médecin gestionnaire cherche à s'assurer que les actions mises place sont en adéquation avec les besoins organisationnels, et dans le cas contraire, il considère qu'il doit être assez habile pour apporter les modifications nécessaires.

Néanmoins, puisque la grande partie de ces nouvelles orientations stratégiques organisationnelles proviennent de la haute direction, il n'est peut-être pas surprenant que les trois extraits présentés ci-dessus proviennent de médecins gestionnaires qui occupent des positions hiérarchiques relativement élevées dans leur établissement de santé.

4.1.2 Facilitateur

Rappel théorique

Les facilitateurs promeuvent l'autonomie et la prise d'initiatives au sein de leur unité respective. Autrement dit, ils exercent leur rôle de manière à encourager les discussions informelles et à favoriser l'implication des employés dans l'expérimentation de nouvelles initiatives et d'idées prometteuses.

À l'issue des résultats des questionnaires, le rôle de facilitateur apparaît comme celui dont les médecins gestionnaires se sont le moins appropriés. Selon l'analyse des données, uniquement 10 % des répondants ont sélectionné la case « J'effectue fréquemment ces activités » à la question suivante : *À quelle fréquence effectuez-vous les activités décrites dans le type B?* (question 18 du questionnaire) et 30 % ont répondu « J'effectue rarement ces activités ». Ces pourcentages relativement bas témoignent d'une appropriation plutôt faible de ce rôle chez les médecins gestionnaires, même si certains d'entre-eux lui

accordent une importance moyenne. En effet, la moyenne pour ce rôle est de 3,53. Il s'agit donc d'un score plus faible comparé aux autres rôles stratégiques et notamment par rapport au rôle du responsable de la mise en œuvre.

Activité B.

Les médecins gestionnaires contribuent à la stratégie en s'assurant de créer une atmosphère propice à l'expérimentation d'idées prometteuses dans leur unité respective. Ils évaluent les résultats de ces expériences en encourageant celles qui s'avèrent les plus aptes à améliorer la qualité des soins et/ou leur efficacité, et en décourageant celles qui n'offrent pas de bénéfices. Ils mobilisent des ressources afin de promouvoir les projets les plus prometteurs au sein de leur unité.

L'extrait suivant fait référence à un plan d'action stratégique qui devait être mis en place afin de faciliter l'intégration des étudiants en médecine dans leur milieu de stage. Le médecin gestionnaire devait donc travailler de pair avec les collaborateurs pour y parvenir tout en respectant à la fois les places limitées et les contraintes budgétaires. Dans ce contexte, il devient important pour le gestionnaire facilitateur d'impliquer les parties prenantes et de créer un climat propice à l'émergence de nouvelles idées.

« Je me concerte avec les gens qui travaillent sur le terrain, explique c'est quoi les impacts. C'est important de réaliser un climat de confiance, parfois on essaie..., quand les gens ne semblent pas vouloir entendre raison, d'être créatif. Jusqu'à présent je n'ai pas été coincé dans une situation impossible ».

(Médecin gestionnaire 10)

Afin de maximiser l'implication du personnel soignant, les conversations entreprises de manière formelle ou informelle requièrent, selon certains répondants, une certaine ouverture d'esprit. Par ses questions et ses interventions, lors des discussions individuelles ou de groupe, le facilitateur démontre une écoute active, ce qui peut générer de la collaboration.

Afin de créer ce climat d'échange, un médecin-gestionnaire qui joue le rôle de facilitateur reconnaît l'importance de solliciter la collaboration des autres membres de son équipe, et par le fait même de ne pas imposer sa façon de faire.

« C'est plus un leadership par influence. Donc, c'est plus essayer de convaincre les gens. Donc, de s'en aller tous dans une direction et puis de suivre un chemin et une vision., plutôt que d'imposer. Et je vais vous dire que ça fonctionne raisonnablement bien de cette façon-là. Donc, c'est un leadership avec de la discussion. C'est pas mal démocratique et les gens suivent. » (Médecin gestionnaire 2)

Dans bien des cas, le médecin gestionnaire aura sous sa gouverne des homologues, c'est-à-dire d'autres médecins qui tout comme eux possèdent de nombreuses connaissances cliniques. De plus, certains médecins gestionnaires continuent à exercer de temps à autre leur fonction de clinicien. De ce fait, non seulement les décisions prises peuvent avoir un impact sur la relation avec leurs collègues, mais la façon dont ces décisions peuvent être prises peuvent les toucher directement. L'extrait ci-dessus démontre que le médecin gestionnaire tente d'amener l'ensemble de ses collègues vers une nouvelle façon de faire, sans rien leur imposer. En outre, non seulement le rôle de facilitateur requiert

une bonne écoute, mais ce rôle exige également pour le facilitateur d'être un bon communicateur afin de savoir quoi dire, et surtout comment le dire pour amener les gens à suivre ses idées et à y adhérer.

Enfin, le facilitateur se veut comme étant la personne qui favorise l'apprentissage et, en ce sens, pour y parvenir le facilitateur doit s'abstenir de dicter ses propres solutions et ses façons de faire.

« La plupart du temps, je ne prends pas de décision. C'est vraiment mon principe de base, c'est que les directeurs doivent prendre leur décision. [...] J'écoute la décision que les autres prennent. Ou j'les amène à prendre leur décision. »

(Médecin gestionnaire 4)

On voit dans ce commentaire que le médecin gestionnaire cherche à optimiser la capacité de penser de ses collègues. Pour lui, l'organisation n'est pas un simple système de traitement de l'information. Au contraire, il s'agit pour lui d'un lieu de discussions et de partage d'information. Ici, le médecin gestionnaire laisse libre place à la génération et à la création d'idées. Il ne tente pas de résoudre le problème pour eux ni même de trouver la solution, son but est de favoriser les échanges avec ses collègues. Le médecin gestionnaire peut toutefois donner des pistes lorsque les solutions s'avèrent difficiles et, à l'occasion, lors de situations plus délicates, il sera en mesure d'appliquer ses propres décisions.

Les informations recueillies, lors des entretiens semi-dirigés, nous ont démontré qu'indépendamment de la position hiérarchique occupée par le médecin gestionnaire dans son établissement de santé, celui-ci peut agir en tant

que facilitateur avec divers degrés d'implication. En ce sens, dans certains contextes, le médecin gestionnaire peut intervenir dans les communications, alors que dans un autre contexte il n'intervient tout simplement pas et agit plutôt en tant qu'observateur.

4.1.3 Synthétiseur

Rappel théorique

Le synthétiseur recueille l'information qui provient des parties prenantes externes et internes à l'organisation, puis en fait une analyse complète. Il fournira par la suite son interprétation à la haute direction dans l'optique de pouvoir modifier la trajectoire des décisions stratégiques organisationnelles.

Dans notre étude, le rôle du synthétiseur occupe la deuxième place en termes de degré d'appropriation chez les médecins gestionnaires. C'est donc 70 % des répondants qui considèrent effectuer souvent ou fréquemment les activités décrites dans ce rôle. Seuls 10 % d'entre eux ont indiqué avoir rarement effectué ces activités (question 21 du questionnaire). Le score moyen de ce rôle est de 3,67. Bien que le rôle du synthétiseur soit au deuxième rang, son score apparaît comme étant plutôt bas en comparaison avec le score du rôle qui occupe la première place.

Activité C.

Les médecins gestionnaires **communiquent aux autres personnes qui les entourent leur analyse des événements émergents qui peuvent influencer de façon significative les activités de l'organisation** en appliquant un raisonnement stratégique. Dans ce rôle, les médecins gestionnaires surveillent les changements dans le secteur de la santé (ex. : en matière de nouvelles technologies, modes de traitement, organisation des soins, concurrence, réglementation, etc.). Ils rassemblent l'information concernant ces éléments à l'aide d'une variété de sources, et communiquent cette information à l'équipe de direction.

En ce qui concerne le degré d'importance que les médecins gestionnaires accordent à accomplir une telle activité afin de réaliser leur travail (question 23 du questionnaire), 60 % des répondants ont indiqué qu'il s'agissait d'une activité très importante et 40 % d'entre eux ont indiqué qu'il s'agissait d'une activité importante. Ainsi, aucun des répondants n'a mentionné que cette activité constituait une importance capitale pour la réalisation de leur travail. Enfin, l'analyse du questionnaire nous indique que la moitié des répondants, soit 50 % d'entre eux, effectueraient ces activités s'ils avaient à concevoir leur propre emploi (question 22 du questionnaire).

Lorsque les médecins doivent traiter cliniquement leurs patients, ils doivent en principe recueillir le plus d'informations possible. Grâce à cette information, ils procéderont à une analyse et parviendront, dans la plupart des cas, à émettre un diagnostic (Collège royal des médecins du Canada). Tout au long de ce processus, les médecins prendront en considération plusieurs facteurs, tels que

les symptômes apparents ou non des patients. Ainsi, la collecte et la diffusion de l'information qui vise à orienter un traitement clinique représentent des activités qui font partie intégrante du rôle du médecin. De fait, il n'est pas surprenant de voir le rôle du synthétiseur occuper le deuxième rang en termes d'appropriation chez les médecins gestionnaires interrogés.

Lorsque les médecins évoluent vers le monde de la gestion, ils sont parfois amenés à effectuer le même type d'activité, c'est-à-dire la cueillette de l'information et la diffusion de celle-ci. Par contre, ce processus se déroule sur le plan organisationnel, plutôt que purement clinique. C'est ainsi que pour réussir à convaincre leurs collègues, et même les membres de la haute direction, certains médecins gestionnaires mentionnent dans leurs entretiens la nécessité de s'assurer d'avoir toute l'information.

« Mon rôle est de vous amener les éléments et si vous prenez telles décisions voici les impacts qu'ils pourraient y avoir. » (Médecin gestionnaire 8)

Cet extrait fait référence à un médecin dont l'une des fonctions principales consiste à agir à titre de conseiller pour son supérieur hiérarchique au sujet des enjeux cliniques de son unité, plus particulièrement les enjeux concernant l'enseignement des médecins résidents. Tout en étant conscient que l'aspect financier de son unité représente un lourd fardeau, ce médecin gestionnaire tente de démontrer les impacts qu'engendrerait une coupe budgétaire sur la capacité d'accueil des étudiants et des résidents en médecine. Puisque l'une des missions de l'établissement de soin pour lequel travaille ce médecin gestionnaire comprend l'enseignement, il est donc important pour ce médecin de recueillir et d'analyser les informations collectées par ses partenaires

internes et externes afin d'être en mesure d'influencer les décisions de la direction au sujet de cet enjeu majeur.

Bien que les mandats des organisations de soins et de santé soient relativement similaires, chaque unité de ces établissements détient de manière générale une spécificité quelconque. En ce sens, les enjeux opérationnels varient d'une unité de soins à l'autre et le processus d'influence organisationnelle peut également varier, surtout lorsque vient le temps de recueillir de l'information quant à un projet donné.

« D'habitude on prépare un genre de document. [...]. Pas quelque chose de très long, qui explique le projet et le programme que l'on veut commencer, pis la raison pour laquelle on veut le faire. Pis de recenser les détails. [...] Les coûts, le nombre de procédures, en fonction de la population. Il faut écrire des genres de rapports expliquant pourquoi on veut le faire. » (Médecin gestionnaire 3)

Dans l'extrait ci-dessus, nous démontrons le cheminement entrepris par ce médecin gestionnaire lorsque vient le temps de réaliser un projet ou d'en modifier la portée. En somme, une recension des informations s'effectue autant au niveau externe qu'au niveau interne. Enfin vient le moment de présenter le tout à la haute direction dans le but de pouvoir influencer les décisions organisationnelles. Les informations recueillies sont présentées sous forme de document.

À la lumière de ces extraits, nous constatons que le synthétiseur a pour objectif de recueillir et analyser l'information de divers partenaires. De plus il s'avère important qu'il soit en mesure de comprendre cette information afin de maximiser ses chances d'influence.

« [...] Si j'arrive avec une demande floue, qui n'est pas précise, ou comment eux peuvent contribuer, bien, j'ai souvent moins d'engagements de la part des partenaires potentiels que quand j'embarque, et c'est plus clair pour eux comment ils peuvent contribuer [...] » (Médecin gestionnaire 2)

Cet extrait vient appuyer nos propos sur le fait qu'il est important que le synthétiseur de l'information présente l'information de façon claire et concise. Les propos relatés dans cet extrait ne sont pas reliés à un contexte spécifique, mais relèvent plutôt d'un commentaire général. Toutefois, le médecin gestionnaire qui a mentionné ce fait explique que son positionnement hiérarchique n'est pas évident, puisqu'il ne possède pas un grand pouvoir d'influence. Il se peut fort bien que la cueillette d'information exige un peu plus d'effort de la part de ce médecin gestionnaire afin de compenser une situation hiérarchique plus faible.

4.1.4 Créateur de nouvelles idées (champion)

Rappel théorique

Le champion propose de nouvelles idées ou initiatives à la haute direction (Floyd et Wooldridge, 1992; Floyd et Wooldridge 1997) dans le but d'influencer et d'orienter les décisions stratégiques futures de la haute direction (Dutton et Ashmos, 1993).

Le rôle du créateur de nouvelles idées occupe le troisième rang sur quatre, en ce qui a trait au degré d'appropriation chez les médecins gestionnaires. 60 % des répondants considèrent effectuer ce rôle de manière fréquente, ou souvent, alors que 40 % d'entre eux indiquent effectuer rarement ces activités (question 24 du questionnaire). Son score moyen équivaut à 3,60. Il est donc très proche de celui du synthétiseur et, d'ailleurs, on peut voir que ces deux rôles sont synergiques étant donné leur orientation ascendante.

Activité D.

Les médecins gestionnaires contribuent à la stratégie en identifiant de nouvelles opportunités stratégiques et en essayant de les vendre à leurs collègues et à la haute direction. Cela peut comprendre les démarches pour justifier l'implantation de nouveaux programmes, de nouvelles technologies ou de nouveaux processus de travail à l'équipe de direction.

Quant au degré d'importance qu'attribuent les répondants au fait d'accomplir une telle activité dans la réalisation de leur travail (question 26 du questionnaire), aucun d'entre eux n'a indiqué qu'il constituait une importance capitale. En effet, 40 % ont mentionné que cette activité était « *importante* » et 10 % ont mentionné « *assez importante* ». Enfin, l'analyse du questionnaire nous indique que seulement 20 % des répondants effectueraient ces activités s'ils avaient à concevoir leur propre emploi (question 25 du questionnaire). Les résultats des entrevues et des questionnaires semblent démontrer que les médecins gestionnaires éprouvent une certaine difficulté à exercer leur rôle de créateur de nouvelles idées. Ceci peut s'expliquer à cause du contexte dans lequel ils exercent leur fonction. En effet, bien que les médecins occupent une

position de travailleur autonome, ils doivent toutefois respecter les standards établis par leur établissement de santé. Le domaine de la santé étant à la fois complexe et lourd, il peut s'avérer assez difficile pour quiconque de vouloir agir à titre de champion. Les actions en ce sens demeurent plus limitées qu'on aurait pu le penser.

Bien que le rôle de créateur de nouvelles idées ne semble pas être le plus adopté chez nos sujets, il n'en demeure pas moins que certains d'entre eux sont en mesure d'exercer les activités reliées à ce rôle.

« Moi, je trouve que la façon de le faire, c'est de résoudre le problème dans un contexte où on a des budgets serrés, voire à la baisse, et de développer des choses et puis d'être créatif et de résoudre le problème. [...] Il fallait démontrer un créneau que [l'établissement] devait considérer parce qu'on avait la population pour ça. Deuxièmement, on avait l'expertise qui rentrait parce que la personne était bien formée [...] » (Médecin gestionnaire 7)

Cet extrait nous révèle la démarche entreprise par ce médecin gestionnaire pour influencer les décisions organisationnelles de la haute direction. Il ne s'agit donc pas nécessairement de faire une analyse telle que l'aurait faite le synthétiseur. Il s'agit plutôt d'arriver avec des arguments solides qui reflètent la réalité du département de soins et par extension de l'établissement lui-même.

Si le rôle du créateur de nouvelles idées semble si peu exploité chez les médecins gestionnaires, c'est en partie dû au secteur dans lequel ils exercent leur fonction. Quelques médecins gestionnaires ont révélé avoir proposé des

idées ou des projets, mais que ceux-ci ont été refusés dû aux contraintes budgétaires que subit actuellement le système de santé québécois.

[...] c'est surtout des problèmes budgétaires. Donc, c'est surtout ça. Donc, on nous coupe, ou on ne nous permet pas de faire autant de procédures que l'on voudrait faire. [...] (Médecin gestionnaire 3)

Le facteur financier est sans contredit un élément freineur du créateur de nouvelles idées, mais la gestion des priorités vis-à-vis des enjeux constitue un autre facteur qui peut rendre ce rôle plus difficile chez les médecins gestionnaires.

« À un moment, j'avais dit à [l'établissement] qu'il serait important que nous ayons un système de transport pour les enfants qui viennent de toute la province [...] et on l'a présenté à notre comité trois fois. Trois fois, ça a été refusé parce que ce n'était pas une priorité pour nos équipes. » (Médecin gestionnaire 9)

Dans le contexte présenté ci-dessus, les divergences vis-à-vis des priorités ont causé un refus de la part de la haute direction d'accepter ce projet. Ceci nous démontre l'importance d'aligner les priorités du département avec ceux de l'organisation pour une meilleure éventualité de succès dans l'acceptation des idées novatrices et créatives.

4.2 Le rôles et ses facteurs individuels

Dans la première section de notre analyse, nous avons passé en revue les quatre rôles stratégiques des médecins gestionnaires. Ces résultats ont principalement été obtenus grâce à l'analyse des entrevues semi-dirigées. De

manière à obtenir une plus grande compréhension des données du questionnaire, nous avons recensé les résultats obtenus sous forme d'un seul et même tableau (tableau 4.1). Dans le tableau ci-dessous, la moyenne est plutôt un outil qui nous permet de déceler rapidement s'il existe une différence importante entre les données obtenues dans un énoncé chez les médecins de haut niveau *versus* les données obtenues chez mes médecins de niveau intermédiaire.

4.2.1 La position hiérarchique et le rôle joué

Afin de visualiser s'il existe des différences notables au niveau des rôles joués par les médecins gestionnaires, et ce en fonction de leur niveau hiérarchique, nous avons regroupé dans le tableau 4.1 tous les médecins gestionnaires qui occupent une fonction hiérarchique élevée et ceux qui occupent une fonction hiérarchique moins élevée. De fait, tel que l'illustre le tableau (4.1) les médecins gestionnaires 1, 4, 5 et 9 sont considérés comme des médecins gestionnaires qui occupent une fonction hiérarchique de haut niveau, alors que les médecins gestionnaires 2, 3, 6, 7 et 8 occupent des positions hiérarchiques moins élevées.

Les données recueillies démontrent qu'il existe très peu de différences entre le rôle joué par les médecins gestionnaires et leur niveau hiérarchique. Nous pouvons toutefois remarquer que les moyennes les plus élevées du rôle A (responsable de la mise en œuvre) se retrouvent essentiellement chez les médecins gestionnaires qui occupent une position hiérarchique élevée. De fait, nous pouvons constater dans les données qualitatives que les activités qui se rapportent à ce rôle appert plus présentes chez ce groupe d'individus. Notons toutefois que le score moyen obtenu pour ce rôle est tout de même très similaire, chez les médecins gestionnaires qui occupent une fonction hiérarchique moins élevée. Nous en déduisons donc que l'ensemble des

médecins gestionnaires interrogés exercent les activités en lien avec le rôle A et que cela reste le rôle prédominant dans les deux groupes.

Enfin, ce tableau 4.1 nous révèle que le rôle D (champion) semble être davantage exercé par les médecins gestionnaires qui occupent une position hiérarchique de niveau moins élevé. Concrètement, les médecins 3 et 6 semblent être ceux qui adhèrent le plus à ce rôle. En effet, leur moyenne élevée dénote qu'ils paraissent étroitement adhérer aux activités associées à ce rôle (autant sinon plus qu'au rôle A dans ces cas particuliers). Cependant, nos résultats ne nous démontrent pas qu'il s'agit d'une tendance générale chez ce groupe de médecins gestionnaires.

[LE MÉDECIN COMME STRATÈGE]

TABLEAU 4.1 Analyse des rôles stratégiques chez les médecins gestionnaires en fonction de leur niveau hiérarchique et du sentiment d'appartenance

Niveau hiérarchique élevé	Médecins	Sentiment d'appartenance	Rôle A	Rôle B	Rôle C	Rôle D	Ensemble des rôles stratégiques
		Moyennes obtenues des énoncés					
		1 à 9, 13	15 à 17	18 à 20	21 à 23	24 à 26	
	1	4,30	4,00	2,67	3,67	3,33	3,42
	4	4,20	5,00	2,67	3,67	4,00	3,86
	5	3,80	5,00	5,00	4,33	2,00	4,08
	9	3,40	4,67	4,00	3,33	4,00	4,00
	Moyenne	4,11	4,67	3,58	3,75	3,33	3,83
Niveau hiérarchique moins élevé		1 à 9, 13	15 à 17	18 à 20	21 à 23	24 à 26	
	2	2,80	3,67	3,67	3,00	3,00	3,34
	3	3,70	4,33	3,33	3,33	4,33	3,83
	6	3,40	4,33	4,67	4,00	4,33	4,33
	7	4,20	5,00	2,67	3,67	4,00	3,84
	8	3,30	4,67	3,67	4,33	3,67	4,09
	10	3,90	4,00	3,00	3,33	3,00	3,33
	Moyenne	3,55	4,33	3,50	3,61	3,78	3,79

4.2.2 *Le sentiment d'appartenance*

Pour obtenir les moyennes des énoncés illustrées dans le tableau 4.1, nous avons uniquement tenu compte des énoncés à connotation positive. En effet, dans les questionnaires, les énoncés 10, 11, 12 et 14 ont une connotation négative, ce qui peut avoir comme impact d'altérer la valeur de la moyenne des énoncés.²

Rappelons que le tableau a été construit en fonction d'une échelle qui varie de 1 à 5 pour laquelle la valeur 1 correspond à « Tout à fait en désaccord » et la valeur 5 correspond à « Tout à fait d'accord ». La case non applicable a une valeur nulle. Les résultats présentés ci-dessous sont tirés de la colonne intitulée **sentiment d'appartenance** du tableau 4.1.

Tout à fait d'accord	D'accord	Ni en désaccord/ni d'accord	En désaccord	Tout à fait en désaccord	N\A
----------------------	----------	-----------------------------	--------------	--------------------------	-----

À la lumière des résultats obtenus nous constatons que l'ensemble des médecins gestionnaires, et ce indépendamment de leur niveau hiérarchique, démontre avoir un sentiment d'appartenance relativement élevé envers leur établissement de santé. En effet, 6 médecins sur 10 ont obtenu une moyenne plus élevée que 3,5, et parmi ces médecins, 3 ont obtenu une moyenne plus élevée que 4,0. Évidemment, certaines exceptions s'appliquent, notamment en ce qui concerne le médecin gestionnaire 2 qui a obtenu une moyenne inférieure à 3,5. En effet, son score relativement bas nous laisse présumer qu'il éprouve un faible sentiment

² En fait, nous pensons que quelques répondants n'ont pas bien saisi le sens de ces questions, et pour réaliser une analyse plus juste, il était préférable de les écarter.

d'appartenance envers son établissement de santé. Parmi les 10 médecins, aucun d'entre eux n'a obtenu une moyenne inférieure à 2,0.

4.2.3 Le sentiment d'appartenance et la position hiérarchique

Dans notre analyse, nous avons également tenu à observer si le sentiment d'appartenance pouvait être influencé par la position hiérarchique. C'est la raison pour laquelle nous avons séparé les médecins gestionnaires en deux catégories distinctes. D'une part, dans le tableau 4.1, nous avons les médecins occupant des fonctions hiérarchiques élevées (DG, DSP, PDG, PDGA) et d'autre part, nous avons les médecins gestionnaires occupant des positions hiérarchiques moins élevées ou de premiers niveaux (chef de service, chef de département, cogestionnaire, chef d'unité).

Le tableau 4.1 présenté démontre que le groupe des médecins gestionnaires qui occupent une fonction hiérarchique élevée au sein de leur établissement de santé tend à avoir un sentiment d'appartenance plus fort vis-à-vis de celui-ci. En effet, leur score moyen s'établit à 4,11 en comparaison du score moyen des autres médecins gestionnaires dont le score s'établit à 3,55. Également, le tableau 4.1 démontre qu'il existe un plus grand écart chez les médecins gestionnaires de plus bas niveau quant au sentiment d'appartenance. En effet, la moyenne la plus faible est de 2,80, alors que la moyenne la plus élevée est de 4,20. Chez les médecins gestionnaires de niveau hiérarchique plus élevé, il n'existe pas d'écart aussi important entre la valeur de la moyenne la plus basse et la valeur de la moyenne la plus haute.

4.2.4. Le sentiment d'appartenance et le rôle joué

Grâce au tableau 4.1, nous avons analysé les données en fonction du sentiment d'appartenance des médecins gestionnaire selon leur position hiérarchique. Toutefois, ce tableau ne nous a pas permis de dégager de lien entre la nature du sentiment d'appartenance et la nature ou l'ampleur des rôles joués. Pour mieux visualiser la possibilité d'une relation, nous avons comparé, dans le Tableau 4.2, deux catégories de médecins gestionnaires affichant des valeurs extrêmes : ceux avec des sentiments d'appartenance élevés (> 4 sur l'échelle) et ceux avec des sentiments d'appartenance faible (< 3,5 sur l'échelle).

TABLEAU 4.2 Analyse comparative des médecins gestionnaires : fort sentiment d'appartenance vs faible sentiment d'appartenance en fonction des rôles stratégiques

Forte appartenance > 4

Médecins	Sentiment d'appartenance	Rôle A Responsable de mise en œuvre	Rôle B Facilitateur	Rôle C Synthétiseur	Rôle D Champion	Ensemble des rôles stratégiques
1	4,30	4,00	2,67	3,67	3,33	3,42
4	4,20	5,00	2,67	3,67	4,00	3,86
7	4,20	5,00	2,67	3,67	4,00	3,84
Moyennes		4,67	2,67	3,67	3,78	3,71

Faible appartenance < 3,5

Médecins	Sentiment d'appartenance	Rôle A Responsable de mise en œuvre	Rôle B Facilitateur	Rôle C Synthétiseur	Rôle D Champion	Ensemble des rôles stratégiques
9	3,40	4,67	4,00	3,33	4,00	4,00

[LE MÉDECIN COMME STRATÈGE]

6	3,40	4,33	4,67	4,00	4,33	4,33
8	3,30	4,67	3,67	4,33	3,67	4,09
2	2,80	3,67	3,67	3,00	3,00	3,34
Moyennes		4,34	4,00	3,67	3,75	3,94

Nous observons, chez les médecins gestionnaires qui ont un fort sentiment d'appartenance, une séquence identique en termes d'appropriation de rôle que chez les médecins gestionnaires 4 et 7. De plus, nous observons que le rôle stratégique A (responsable de mise en œuvre) correspond, pour l'ensemble des trois médecins gestionnaires mentionnés, au rôle qui a une plus forte moyenne. Également, ces données du tableau nous révèlent que le rôle B (facilitateur) est celui pour lequel la moyenne obtenue est la plus faible, et ce pour les trois médecins gestionnaires. Enfin, les trois médecins ont obtenu une moyenne identique de 3,67 pour le rôle C (synthétiseur). Toutefois, ce rôle ne représente pas nécessairement chez ces trois médecins gestionnaires le troisième rôle en importance. En effet, pour le médecin gestionnaire 1, le rôle de synthétiseur constitue le second rôle le plus approprié, alors que pour les deux autres médecins gestionnaires, soit les médecins 4 et 7, ce rôle constitue le troisième rôle en termes d'appropriation.

Quant à la catégorie des médecins qui ont une moyenne de moins de 3,5 en termes de sentiment d'appartenance, il n'existe pas une aussi grande similitude en termes d'appropriation de rôle chez ces médecins. Le premier constat que nous dévoile ce tableau établit que le rôle de responsable de la mise en œuvre, le rôle A, obtient la moyenne la plus élevée chez les quatre médecins qui font partie de ce groupe. Pour ce qui est des rôles B, C et D, il ne semble pas y avoir une coupure aussi franche que celle observée dans la catégorie précédente des médecins gestionnaires.

En somme, ce tableau nous démontre que, peu importe la moyenne du sentiment d'appartenance, le rôle qui a une plus forte moyenne pour les deux catégories est celui du rôle A. De plus, chez les médecins gestionnaires qui ont un fort sentiment d'appartenance, il semble exister une certaine séquence en termes d'appropriation de rôle, alors que chez les médecins gestionnaires qui ont un plus faible sentiment d'appartenance, il n'existe pas une telle séquence.

4.2.5 Synthèse de la dimension rôles, sentiment d'appartenance et niveau hiérarchique

Au cours de notre analyse, nous avons tenté de faire ressortir plusieurs éléments qui peuvent influencer le rôle stratégique joué par les médecins gestionnaires. Notamment, nous avons tenté de découvrir si le niveau hiérarchique pouvait avoir une quelconque influence; nous avons également tenté de voir si le sentiment d'appartenance envers son établissement de santé pouvait exercer une influence. En ce qui concerne la relation « niveau hiérarchique » et « rôle », nos résultats ne nous ont pas permis de démontrer une relation manifeste entre ces deux éléments. En ce qui trait à la relation entre « rôle » et « sentiment d'appartenance », nous avons pu observer que deux médecins gestionnaires ayant exactement le même niveau de sentiment d'appartenance avaient également les mêmes scores en termes de rôle. Fait à noter, ces deux médecins gestionnaires n'appartiennent pas au même classement en termes de niveau hiérarchique. Enfin, pour terminer cette analyse des résultats, nous avons tenu à observer l'existence d'un lien entre le niveau hiérarchique et le sentiment d'appartenance. Ce lien fut le plus apparent parmi nos observations. Nous avons effectivement pu remarquer qu'il existait

une corrélation entre le fait d'avoir un niveau hiérarchique élevé et un sentiment d'appartenance plus élevé.

4.3 Les quatre profils stratégiques

Au-delà des deux facteurs individuels préalablement mentionnés, à travers notre analyse, nous avons pu observer chez les médecins gestionnaires des similitudes au niveau du comportement. Autrement dit, certaines caractéristiques sont communes d'un médecin gestionnaire à l'autre, en fonction du rôle qu'il exerce. Grâce à ses caractéristiques, nous avons pu classifier les profils des médecins sous quatre catégories distinctes.

TABLEAU 4.3 Classification des types de profils stratégiques des médecins gestionnaires

Types de profil stratégique	Médecins gestionnaires
Stratège directif	1, 4, 9
Stratège intrapreneur	3, 7
Stratège interrogateur	2, 6, 8
Stratège relationnel	5, 10

Pour parvenir à la représentation du tableau 4.3 des quatre profils stratégiques, nous avons mis en lumière les comportements et les actions communes des

médecins gestionnaires. Dans leur approche, ou leur communication, certains médecins démontraient des similitudes.

Pour le profil des stratèges directifs, nous avons observé que les médecins gestionnaires qui se trouvent dans cette catégorie se démarquent par leur désir d'établir une direction précise pour leur département ou leur unité de soins. Notre analyse nous démontre que ce type de profil est associé aux médecins gestionnaires occupant un niveau hiérarchique élevé.

« Mon travail c'est de m'assurer que les directions comprennent bien les grandes orientations de l'organisation. Ça, c'est important, puisqu'on reste collés aux grandes orientations de l'organisation. » (Médecin gestionnaire 4)

Ce cours extrait d'entretien nous démontre que ce médecin gestionnaire présente un profil de stratège directif, car il tente à s'assurer que son équipe suit et comprend les directions de l'organisation. Tout en intervenant le moins possible dans les décisions, ce médecin gestionnaire observe les membres de la direction de son équipe afin de s'assurer de rester fidèle et cohérent aux orientations organisationnelles.

« [...] entre nous au niveau du comité de direction de se dire oui c'est un message qu'on est prêt à transporter au niveau de l'organisation, c'est pas toujours évident, mais en même temps, comme leader, on doit en effet se retourner vers des gens en disant : bin écoutez, c'est par là que ça s'en va. » (Médecin gestionnaire 1)

Comme le démontre l'extrait ci-dessus, être un leader et devoir diriger une équipe vers une certaine direction ne semble pas toujours être une chose facile. Le commentaire du médecin gestionnaire s'inscrit dans un contexte où une directive plutôt complexe fut émise par une personne externe à l'établissement de santé. Dans de telles circonstances, il peut s'avérer difficile pour la direction de faire passer le message aux membres de l'organisation. Pour parvenir à transmettre le message le plus clairement possible, le médecin gestionnaire de cet extrait explique qu'il doit souvent s'appuyer sur des faits, sur du data véritable pour que cela soit plus facile à expliquer.

Bien que dans notre analyse les profils de type directif semblent davantage occuper des fonctions hiérarchiques élevées, il n'en demeure pas moins que ces médecins gestionnaires peuvent également recevoir des ordres, qu'ils tenteront le mieux possible d'intégrer à leur agenda.

Pour leur part, selon les données de notre analyse, les stratèges intrapreneurs regroupent les médecins gestionnaires qui tentent d'implanter de nouvelles idées ou de nouveaux projets au sein de leur unité respective. Ces projets seront présentés soit à la haute direction, soit aux membres de leur équipe. Bien que leur proposition vise dans la majorité des cas à optimiser leur département, dans certains cas, leurs idées ne seront pas considérées par la direction. Toutefois, cela ne les empêche pas de tenter leur chance à nouveau.

« Quand on a une vision et qu'on veut vraiment aboutir, il ne faut pas être découragé avec les problèmes, les premières expériences ne sont souvent pas à la hauteur de ce qu'on s'attendait. »

(Médecin gestionnaire 7)

Les idées et les projets proposés par les médecins ayant un profil d'intrapreneurs peuvent prendre plusieurs formes. En ce sens, les projets peuvent avoir comme impact de mettre en valeur son département et de faire connaître au grand public ses fonctionnalités.

« On savait qu'on avait un bon service. On savait aussi que c'était le secret bien gardé de l'institution. [...] les gens qui travaillaient à l'institution ne savaient pas où était la cardiologie et qu'est-ce qu'on faisait. Évidemment, la population du Québec ne savait pas plus, et on voulait faire un peu de bruit. Alors ce qu'on fait, c'est des journées de sensibilisation [...] qu'on a mises en place pour donner au public un aperçu sur ce qu'est la cardiologie [...]. Alors, on la fait à deux, trois reprises au travers de 10 000 personnes par jour [...]. Et je pense que ça nous a aidés, ça nous a démarqués quelque peu, ça a fait un peu de bruit, ça nous a donné aussi une visibilité alors qu'on a notre logo, notre branding. »
(Médecin gestionnaire 7)

Également, les projets peuvent simplement être entrepris dans le but de fournir une plus grande accessibilité aux soins.

« Ce qu'on a fait, quand on a fait notre transfert, le gouvernement a demandé une diminution d'activité clinique externe, ici [...]. Donc, j'ai proposé de développer une clinique externe à l'extérieur de l'hôpital. On n'avait jamais eu ça avant. » (Médecin gestionnaire 3)

Quelle que soit la portée de leurs projets, les médecins gestionnaires au profil intrapreneurs ne semblent pas manquer d'idées ni de projets, et c'est ce que nous avons pu constater à la lumière des entrevues semi-directives.

Le profil des stratèges interrogateurs regroupe les médecins gestionnaires pour lesquels il semble exister une certaine forme de questionnement quant à leur rôle actuel. Nous avons observé ce phénomène surtout chez les médecins qui occupent une position hiérarchique de premier niveau en termes de gestion. Cette interrogation autour de leur rôle peut être causée par divers facteurs. D'abord, la position hiérarchique du médecin gestionnaire peut être source de confusion et d'interrogation et, parfois même, de frustration. Il peut être particulièrement difficile pour un médecin gestionnaire d'obtenir le pouvoir nécessaire pour émettre toute forme de recommandation auprès de son équipe, lorsque sa position hiérarchique fait en sorte qu'il travaille très près de ses homologues médecins.

« Mais la gestion des interactions entre mes collègues, à cause de cette relation-là, un peu particulière, où j'suis leur collègue de travail, mais en même temps, j'suis leur boss, pis je n'ai pas beaucoup de leviers administratifs. » (Médecin gestionnaire 2)

Ainsi, l'extrait ci-dessus nous démontre qu'il peut y avoir une forme de tension interactionnelle entre le médecin gestionnaire et ses collègues due à leur proximité dans leur milieu de travail.

Un autre facteur qui peut créer des questionnements consiste à bien comprendre son rôle dans la structure hiérarchique afin de prendre efficacement la place qui lui revient.

« Parfois, dépendamment de la personnalité du chef de service, parfois c'est plus difficile ou moins difficile, dépendamment de la personne. Alors, avec le temps, ça s'est clarifié, pis les rôles se sont mieux définis, et alors y'avait moins d'ambigüité, et moins de frustration. » (Médecin gestionnaire 6)

Ce que nous avons tenu à illustrer dans le profil des médecins interrogateurs, ce sont les obstacles auxquels ils peuvent être confrontés lors de la prise d'action ou de décision. Ces obstacles paraissent essentiellement reliés à leur rôle qui, parfois, n'est pas clairement défini aux yeux de ceux qui les entourent. Ceci étant dit, les médecins de type interrogateurs ont la possibilité, comme tous les autres médecins, d'émettre et de proposer des idées et des solutions.

Enfin, le profil des stratèges relationnels regroupe les médecins gestionnaires qui cherchent à intégrer l'ensemble du personnel et les membres de leur équipe dans toutes les décisions et les actions entreprises. Le relationnel tente à l'occasion d'initier des discussions, mais peut parfois agir qu'à titre d'observateur, il sera alors la personne qui supportera la conversation et aidera à la diriger.

« Moi je me consulte régulièrement avec la directrice du programme. Moi, je suis un p'tit peu à mi-chemin dans la structure hiérarchique. J'me consulte avec les gens qui sont mes supérieurs. J'me consulte avec les gens qui travaillent sur le terrain, expliquer c'est quoi les impacts. » (Médecin gestionnaire 10)

Le commentaire ci-dessus a été formulé dans un contexte où le médecin gestionnaire a dû réaliser un projet tout en respectant les délais et les ressources

qui lui étaient allouées. Plus précisément, le médecin gestionnaire avait la tâche de s'assurer du nombre suffisant de stages pour les résidents en médecine familiale.

Toujours en lien avec le profil interpersonnel, certains médecins ont pour principe de ne pas prendre de décision à la place de leurs collègues. Ils préfèrent susciter leur réflexion et laissent libre champ à leur collaboration.

« On discute des grandes orientations ensemble, les directeurs et moi, mais je ne prends pas de décision. » (Médecin gestionnaire 5)

Cette façon de procéder permet au médecin gestionnaire d'agir en tant que levier. Au cas où son collègue ferait face à des obstacles, le médecin gestionnaire l'aidera à trouver les bons outils à la réalisation de son projet.

Les quatre profils ci-dessus mentionnés font référence à l'analyse de nos données. Ils sont donc le résultat du croisement de deux facteurs individuels, tels que le sentiment d'appartenance et le niveau hiérarchique, ajoutés à la typologie des rôles de Floyd et Wooldridge (1992).

Nous venons d'analyser nos données sous plusieurs angles; nous avons d'abord étalé les résultats des entrevues en fonction des différents rôles stratégiques; nous avons par la suite examiné si la position hiérarchique avait une influence sur le rôle. Enfin, nous avons illustré l'impact du sentiment d'appartenance par rapport aux rôles stratégiques puis nous avons démontré l'impact de la position hiérarchique sur le sentiment d'appartenance. En terminant, nous avons démontré quatre profils stratégiques qui tirent leur source du croisement entre les facteurs individuels et le sentiment d'appartenance. Le prochain chapitre constituera le terrain de discussion de notre analyse.

CHAPITRE 5 - DISCUSSION

5.1 La littérature et la représentation du rôle du médecin gestionnaire

La littérature nous a démontré que les médecins occupent une place importante dans notre système de santé québécois, et ce, depuis de nombreuses années (Goulet et Gagnon, 2014). Au vu des patients, et même du personnel soignant, le médecin est perçu comme ayant une forte notoriété, non seulement par ses connaissances académiques, mais également par son rôle d'autorité.

Du point de vue administratif, certains chercheurs considèrent nécessaire la présence des médecins dans des rôles de gestion (Witman *et al.*, 2010; Denis *et al.*, 2013). Ceci s'explique par le fait qu'ils sont sensiblement les seuls à pouvoir naviguer à la fois dans deux mondes particulièrement distincts, soit celui de la clinique et celui de l'administratif. De fait, les médecins gestionnaires représentent une source importante d'information.

Des études consacrées aux médecins gestionnaires ont généralement démontré l'importance de la présence des médecins à des postes de gestion, puisqu'ils contribuent à améliorer la performance des établissements de santé (Denis *et al.*, 2013). Ainsi, le fait que les médecins gestionnaires soient en mesure d'intégrer deux logiques distinctes leur confère un *avantage comparatif* aux gestionnaires administratifs (Kindig, 1997). C'est leur expérience clinique qui constitue cet avantage comparatif puisqu'elle fait en sorte que les médecins gestionnaires disposent d'une meilleure compréhension des soins médicaux et de la relation médecins-patients (Kindig, 1997).

Ainsi, la littérature prône les rôles de médecins à des postes de gestion, mais fournit peu d'information quant à leur contribution spécifique par rapport à la

stratégie. C'est pourquoi, dans notre travail de recherche, nous avons décidé d'explorer cette facette du médecin gestionnaire. Par l'entremise d'entrevues semi-dirigées et par la distribution de questionnaires individuels, nous avons pu obtenir plusieurs informations que nous avons révélées dans le chapitre précédent. Ce présent chapitre a donc pour but de discuter des résultats obtenus lors de notre analyse.

5.2 Discussion autour des rôles stratégiques

Considérant le fait que les médecins gestionnaires sont des travailleurs autonomes aux yeux du système de santé québécois (IRIS, 2016) et que, de ce fait, ils ne sont pas tenus de suivre les règles des établissements, il aurait été juste de penser que le rôle de stratège dominant chez les médecins gestionnaires soit celui du champion. En effet, le champion, aussi appelé « créateur de nouvelles idées », est celui qui apporte et génère des idées à la haute direction dans le but d'orienter et de changer les décisions stratégiques (Floyd et Wooldridge, 1992). Ce rôle n'impose donc pas de suivre les directives, mais de les créer. Cependant, les résultats de notre recherche nous ont révélé une tout autre réalité.

5.2.1 Responsable de la mise en œuvre

Les stratèges jouant ce rôle tentent de transformer les objectifs organisationnels en objectif opérationnel, afin de s'assurer que ceux-ci soient mis en place, et ce, conformément aux directives émises par la haute direction. Le terme « conformité » prend ici tout son sens, dans l'optique où celui-ci signifie que le stratège doit respecter les directives organisationnelles (dictionnaire Larousse en ligne). Se conformer, c'est se soumettre à quelque

chose. Cette notion est donc à première vue contraire à celle de travailleur autonome que l'on associe aux médecins gestionnaires. Étant donnée cette dissemblance, il aurait été juste de penser que le rôle stratégique du responsable de la mise en œuvre soit celui qui correspond le moins aux médecins gestionnaires.

Toutefois, les résultats de notre analyse nous ont démontré autre chose. En effet, selon les données obtenues, le rôle du responsable de la mise en œuvre est celui que les médecins gestionnaires ont identifié être celui le plus en lien avec leur activité quotidienne. Ce résultat peut s'avérer surprenant, étant donné que le médecin gestionnaire est désigné comme étant un travailleur autonome, et donc, conservant une certaine indépendance vis-à-vis de son établissement de santé. Or, la nature du rôle du responsable de la mise en œuvre consiste à se soumettre aux directives de l'organisation pour en faire des objectifs personnels et ainsi les transformer en objectifs opérationnels. Dès lors, il paraîtrait que l'autonomie du médecin semble dissimuler un plus grand assujettissement des médecins gestionnaires envers leur organisation de santé.

Ce résultat pour le moins inattendu peut s'expliquer par le contexte organisationnel pluraliste dans lequel s'inscrivent les établissements de soins et de santé. Dans leur étude, les auteurs Denis, Langley et Rouleau (2007) ont décrit trois types de cadres théoriques qui peuvent s'appliquer dans le contexte des organisations pluralistes. À la lumière de leur étude, lorsque les stratèges veulent réussir à faire de la stratégie, il leur faut mobiliser les réseaux, les conventions et les routines. Dans cet esprit, le rôle de responsable de la mise en œuvre n'implique pas nécessairement la pression hiérarchique et verticale. Le responsable de la mise en œuvre doit se créer un réseau de contacts auprès de

qui il transmettra de l'information afin de pouvoir mettre en place des stratégies. En ce sens, son pouvoir d'acteur est donc de créer ce réseau avec lequel il échangera. De plus, le responsable de la mise en œuvre devra faire preuve de légitimité auprès de ses collaborateurs. Il aura parfois à négocier et à faire des compromis lors de la mise en œuvre du projet. Enfin, les connaissances tacites du stratège sont importantes dans le processus de la mise en œuvre, et la mobilisation de ses connaissances lui permet de faire avancer les dossiers. Ainsi, pratiquer la stratégie dans les organisations de santé implique de multiples logiques, et en exerçant le rôle de responsable de la mise en œuvre, le médecin gestionnaire aura tendance à combiner ses différentes logiques.

5.2.2 Facilitateur

Les résultats de notre analyse nous indiquent que ce rôle stratégique est celui qui semble le moins exploité chez les médecins gestionnaires. Ce résultat nous apparaît peu surprenant étant donnée la teneur des activités qui s'inscrivent dans ce rôle. En effet, le facilitateur tente de créer une atmosphère propice au développement et à la création d'idées prometteuses. Le facilitateur agit également en tant qu'agent de changement (Balogun, 2003) et peut agir en tant que thérapeute lors des changements organisationnels radicaux (Huy, 2001). Ces activités sont plus moins en concordance avec la réalité des médecins gestionnaires. D'abord, parce que la nature du travail des médecins exige de respecter des normes strictes et bien définies. De plus, le transfert des connaissances des médecins à l'égard des étudiants de la médecine ne se produit pas dans un contexte de création et d'expérimentation d'idées prometteuses. Le cadre qui régit la pratique médicale laisse peu de place à la

créativité et à l'innovation et donc, les échanges entre médecins et apprenants sont formels. Les discussions ne visent donc pas à changer la pratique ou une stratégie quelconque et n'ont pas non plus comme but d'aider à la transformation d'un changement. De fait, il peut s'avérer difficile pour les médecins promus à un rôle de gestion de mettre en pratique des échanges favorables à des discussions ouvertes et informelles avec leurs subordonnés dans le but d'apporter des idées qui pourraient potentiellement influencer les stratégies. D'un autre côté, les médecins possèdent une grande autonomie d'action, puisqu'ils sont considérés comme des travailleurs autonomes. Il est donc possible que ce rôle d'animateurs qui facilitent le changement des autres acteurs ne leur soit pas familier. Habités à une certaine autonomie, il est probable que les médecins gestionnaires s'attendent à ce que les autres membres de l'organisation, ou même de leur équipe possèdent et développent cette autonomie qui leur permettra d'explorer des idées novatrices dans le but d'en influencer les stratégies organisationnelles.

5.2.3 Synthétiseur

Le synthétiseur recueille l'information qui provient de l'interne et de l'externe, puis en fait l'analyse avant de la transmettre à la haute direction dans le but d'influencer les décisions stratégiques (Floyd et Wooldridge, 1992). Part la nature de son travail, la cueillette, l'analyse de l'information et la diffusion auprès de ses patients font partie des tâches courantes du médecin. Au-delà de cette collecte de l'information, la communication est également au cœur de la fonction clinique du médecin auprès de ses patients (Ha et Longneckker, 2010). Il s'avère donc peu surprenant que le rôle stratégique du synthétiseur de l'information favorise en termes d'appropriation celui du responsable de la

mise en œuvre. Ainsi, le médecin possède d'emblée les habiletés qui consistent à obtenir et à assembler l'information. Grâce à ses habiletés de communicateur efficace, il saura gagner la confiance de ses interlocuteurs.

Cela peut donc expliquer la raison pour laquelle, le rôle de synthétiseur est relativement reconnu chez les médecins gestionnaires.

5.2.4 Créateur de nouvelles idées (champion)

Pour sa part, le champion est l'un des rôles les moins appropriés chez nos sujets interrogés. Ce résultat peut sembler surprenant au premier regard. Par contre, il se peut que les difficultés associées à ce rôle puissent être une source de découragement pour plusieurs. Pratiquer la stratégie dans le contexte pluraliste dans lequel s'inscrivent les organisations de santé constitue un défi pour tous les stratèges (Denis, Langley et Rouleau, 2007). De manière plus concise, Denis *et al.*, (2007) décrivent trois types de problématiques qui peuvent se rattacher aux formes d'organisation que représentent les établissements de soins, soit l'autonomie individuelle, la stratégie participative et le pouvoir diffus. Le fait que les médecins soient des travailleurs autonomes peut constituer, pour le champion, un élément freineur à la proposition de nouvelles idées. Bien que l'autonomie crée de la flexibilité, elle constitue à la fois une barrière pour l'intégration de nouvelles idées. En effet, Denis *et al.*, (2007) expliquent que cette même autonomie fait en sorte que les médecins se sentent libres de se dissocier de tout projet.

Lors de l'analyse de nos résultats, un médecin gestionnaire nous a relaté avoir eu de la difficulté à convaincre ses collègues médecins de participer à un symposium. Il nous a révélé que, même six ans après le lancement de ce

symposium, certains de ses collègues ne montrent toujours aucun intérêt à donner une conférence. Cette situation vient supporter les propos de Denis *et al.*, 2007, sur le fait que l'autonomie des médecins peut avoir une incidence sur la réalisation d'un projet ou d'une nouvelle idée émise par le champion. De même, dans un contexte où le pouvoir est diffus de multiples personnes peuvent influencer les décisions (Denis *et al.*, 2007). Ainsi, bien que le champion émette et propose de nouvelles idées à la haute direction, plusieurs autres acteurs devront être impliqués. Au-delà de cette stratégie participative, les nouvelles idées proposées par le champion passent toujours par les mêmes personnes et la procédure pour déterminer si le changement ou la solution présentée vaut la peine d'être proposé de l'avant est toujours la même (Denis *et al.*, 2007). En fait, les changements proposés sont souvent modifiés au cours de la mise en place du projet. Ces éléments décrites par les auteurs Denis, Langley et Rouleau (2007) peuvent donc expliquer la raison pour laquelle le rôle du champion n'est pas le rôle prédominant joué par les médecins gestionnaires interrogés.

5.3 Les médecins gestionnaires et la représentation des rôles

Dans notre étude, nous avons abordé la notion du rôle sous l'approche fonctionnaliste. Sous cet axe, le rôle est défini comme étant les actions entreprises par un individu focal, pour lequel ses actions sont conformes aux normes et routines sociales (Royal, 2009). La plus grande critique de cette approche fonctionnaliste relevait du fait qu'elle donnait à la notion du rôle un caractère déterministe. Autrement dit, cette approche repose sur un concept d'homogénéité des comportements des acteurs, et laisse peu de place aux caractéristiques personnelles (Royal, 2009). Toutefois, s'appuyant sur la

théorie des rôles de Katz et Khan (1966), qui reconnaît l'existence des facteurs individuels, Royal (2009), dans son étude doctorale, définit le rôle sous trois angles, soit le rôle exercé, le rôle attendu et le rôle soutenu. Pour l'auteur, le rôle préféré fait référence « à l'idée que la personne se fait de son propre rôle ».

Ainsi, à la lumière de nos résultats, nous avons pu constater qu'il existait pour certains médecins une différence entre la perception qu'ils se font de leur rôle et les actions qu'ils entreprennent quotidiennement. Dans notre analyse, nous avons pris soin de mettre en lumière les résultats obtenus dans les questionnaires individuels et de les comparer avec le *verbatim* de nos entretiens individuelles, nous avons ainsi pu observer ces variances. À titre d'exemple, un médecin avait relaté en réponse à notre questionnaire que le rôle que lui semblait le plus approprié était celui du responsable de la mise en œuvre, alors qu'à la lecture de ses propos, il nous a semblé que les actions de ce médecin relèvent davantage du rôle de champion. Cette situation tirée de notre analyse vient supporter la définition du rôle de Royal selon laquelle le rôle est l'idée que la personne se fait de celui-ci. Cela nous prouve donc que le rôle n'est pas forcément vu de la même façon d'un individu à l'autre. Toutefois, notre analyse nous a permis de démontrer qu'il existait chez certains médecins gestionnaires des similitudes de caractère.

Afin de représenter l'ensemble des médecins gestionnaires interrogés sous un axe caractériel plutôt que sous celui de leur rôle, nous avons classifié ces derniers en fonction de leur profil type de stratégies. Cette classification nous indique que, parmi les stratèges directifs, on dénombre surtout des médecins gestionnaires qui occupent un positionnement hiérarchique élevé. Pour ce qui

est des trois autres profils, cette particularité ne semble pas s'appliquer. Cela dit, nous n'avons pas retrouvé de distinctions apparentes entre le niveau hiérarchique des médecins gestionnaires et leur profil stratégique pour les trois autres profils.

5.4 Retour sur la dynamique du niveau hiérarchique et du rôle

Dans notre analyse, nous aurions pensé découvrir une relation entre le niveau hiérarchique et le type de rôle joué. Nous pensions que le fait d'occuper un niveau hiérarchique quelconque aurait pu inciter les médecins gestionnaires, particulièrement ceux sous l'axe de l'influence descendante, à adopter un certain rôle, soit celui du champion ou celui du synthétiseur de l'information. Mintzberg (1980) argumente que les dirigeants de haut niveau portent généralement leur attention sur les facteurs environnants à l'organisation, comme le fait le synthétiseur. Au niveau hiérarchique plus bas, le gestionnaire semble davantage s'orienter vers les opérations quotidiennes, la mise en œuvre et le maintien de la charge de travail (Mintzberg, 1980). Or, notre analyse ne nous a pas permis de démontrer l'existence d'un lien entre le niveau hiérarchique et le rôle. Lors de l'analyse de nos données, les témoignages que nous avons recueillis de la part des médecins gestionnaires qui occupent une fonction hiérarchique élevée expliquent ces résultats.

En effet, certains médecins ont décrit leur processus de prise de décisions et déclaré qu'ils ne prennent jamais eux-mêmes de décisions, ils cherchent plutôt à inclure l'ensemble de membres de leur équipe dans ce cheminement. Ces médecins gestionnaires de haut niveau prennent une décision seulement lorsqu'il y a des enjeux majeurs et non négociables, et ce dans certaines circonstances bien précises. En d'autres occasions, l'implication de leurs

collègues demeure un facteur important. En agissant de la sorte, il leur est possible de mobiliser et de motiver leurs confrères. Cela peut donc expliquer pourquoi il n'y a pas de lien existant entre le niveau hiérarchique et le rôle choisi, puisqu'il ne s'agit plus d'exercer son pouvoir d'influence du haut vers le bas, mais plutôt de l'exercer latéralement.

5.5 Retour sur la dynamique du sentiment d'appartenance et du rôle

Bien que le sentiment d'appartenance puisse être influencé par divers facteurs individuels et organisationnels, nous nous attendions quand même à ce qu'il y ait un lien entre le sentiment d'appartenance et le rôle. La satisfaction par rapport à son travail augmente la satisfaction envers son organisation, puisque les individus ont le sentiment que leur rôle est valorisé et que leur travail est significatif. De fait, on aurait pu penser que plus l'individu a un sentiment d'appartenance élevé, plus il risque de jouer un rôle significatif dans son organisation.

Certains auteurs expliquent que l'engagement des individus envers leur emploi, et envers leur organisation repose sur plusieurs facteurs, dont l'appréciation de son travail et le sentiment d'accomplir un travail valorisant (Markos et Sridevi, 2010; Bakker *et al.*, 2012). Ainsi, il y a de fortes chances pour qu'un médecin gestionnaire fortement engagé dans son travail soit celui qui cherchera à contribuer davantage dans l'optique d'influencer les décisions stratégiques de son organisation. Les rôles stratégiques ascendants de la typologie de Floyd et Wooldridge (1992), soit le rôle de champion et le rôle de synthétiseur, sont considérés comme étant deux rôles qui visent à influencer les stratégies organisationnelles. Le premier, par la création de nouvelles idées, le second par la diffusion d'informations environnante à l'organisation. S'ils y

parviennent, leur sentiment d'accomplissement risque de s'accroître, ce qui amplifie également leur sentiment d'appartenance.

Un autre fait intéressant à considérer dans cette dynamique du sentiment d'appartenance et du rôle, consiste en la capacité d'un individu à créer son rôle. Bakker *et al.*, (2012) déclarent que les individus qui influencent de manière active leur environnement de travail peuvent faire augmenter ce sentiment d'appartenance envers leur organisation. Ceci est dû en particulier au fait que les gestionnaires vont davantage percevoir des opportunités et en tirer profit, ce qui augmente leur sentiment de satisfaction personnelle. Ainsi, par définition, le rôle de champion peut être vu comme celui qui influence son environnement. En effet, le champion crée et propose de nouvelles idées, de sorte qu'il influence la stratégie organisationnelle.

5.6 Comprendre la relation niveau hiérarchique et le sentiment d'appartenance chez les médecins gestionnaires

Il est reconnu que le niveau hiérarchique peut avoir un impact sur le sentiment d'appartenance (Baker *et al.*, 2012). En effet, plus le niveau hiérarchique est élevé plus il y a une grande autonomie chez le gestionnaire, et plus les défis sont stimulants (Baker *et al.*, 2012). Ces deux derniers éléments représentent des facteurs importants d'appartenance (Baker *et al.*, 2012), et c'est ce qui explique cette dynamique hiérarchie et sentiment d'appartenance. Tout compte fait, nous nous attendions à trouver dans notre recherche un lien entre le niveau hiérarchique et le sentiment d'appartenance et les résultats obtenus lors de notre analyse nous ont révélé la présence de ce lien.

En effet, nous avons pu constater que les médecins gestionnaires qui occupent une fonction hiérarchique plus élevée démontraient un sentiment d'appartenance également plus élevé envers leur établissement de travail. Comme nous l'avons mentionné précédemment, le sentiment d'appartenance des employés passe d'abord par la satisfaction dans leur emploi (Ologbo et Saudah, 2012; Abraham, 2012; Markos et Sridevi, 2012). Cette satisfaction repose sur plusieurs facteurs, notamment sur les opportunités d'utiliser leurs compétences et leurs habiletés, l'autonomie et les défis qui s'y rattachent. Un employé qui aura le sentiment de contribuer à l'organisation par son travail sera plus enclin à aligner ses valeurs individuelles avec celles de l'organisation (Markos et Sridevi, 2010). Ces facteurs peuvent donc expliquer les résultats de notre analyse.

CHAPITRE 6 - CONCLUSION

La notion de médecin gestionnaire ne représente pas un terme tout à fait nouveau dans le secteur de la recherche, ni même dans le secteur de la gestion des établissements de santé. De leur côté, les chercheurs s'efforcent de comprendre comment mieux engager et outiller les médecins dans la sphère administrative. Pour leur part, les praticiens visent essentiellement à concilier les différentes logiques (cliniques et managériales) qui existent au sein de l'administration des soins de santé. Ces différentes logiques proviennent de la diversité des acteurs qui agissent en tant que gestionnaires. Les établissements de santé tentent donc d'arrimer ces différences de logique afin de parvenir aux finalités organisationnelles.

Ce travail de recherche avait comme objectif de mieux comprendre le rôle joué par les médecins gestionnaires dans leur établissement de santé au niveau du processus de décision stratégique organisationnelle. Bon nombre d'études s'entendent pour dire que leur présence dans des rôles formels de gestion est importante pour un meilleur équilibre budgétaire des soins de santé, et pour une meilleure accessibilité de la population aux soins de santé. Par contre, leur rôle stratégique a fait l'objet que de très peu d'étude par le passé. Dans ce qui suit, nous allons présenter une synthèse de notre travail, puis nous identifierons les principales limites, ainsi que les principales contributions de cette recherche. Ce chapitre sera clôturé par les avenues possibles de la recherche.

Synthèse

Dans un premier temps, nous tenons à rappeler que l'objectif de ce mémoire visait à répondre à la question : « Comment les médecins gestionnaires jouent-

ils un rôle de stratège dans leur établissement de santé? ». Pour y parvenir, nous avons exposé le processus de recherche en cinq chapitres. Au premier chapitre, nous avons revisité la littérature concernant la notion du médecin gestionnaire et le contexte dans lequel il exerce sa profession. Nous avons ainsi mis en lumière les deux plus grandes caractéristiques distinctives du médecin, en comparaison au reste du personnel soignant. En somme, nous avons pu constater que l'autonomie des médecins et leur mode de rémunération leur conféraient une dissimilitude. Nous avons également exposé dans ce chapitre la conjoncture décisionnelle particulière dans laquelle s'inscrivent les organisations pluralistes, tels les établissements de soins et de santé. Enfin, nous avons terminé ce chapitre en abordant la perspective de la stratégie en pratique, concept qui met l'acteur au cœur de son action.

Le second chapitre nous a permis de présenter le cadre conceptuel. Puisqu'il n'existe pas de modèle de rôle stratégique propre aux médecins gestionnaires, nous avons basé notre recherche sur la typologie des rôles stratégiques des cadres intermédiaires de Floyd et Wooldridge (1992). C'est donc sous cet angle que nous avons analysé les actions quotidiennes des médecins gestionnaires.

Dans le troisième chapitre, nous avons présenté notre méthodologie de recherche et notre échantillon. Nous avons choisi de procéder à une étude à la fois qualitative et quantitative. À l'aide d'entretiens semi-directifs et de questionnaires, nous avons interrogé et questionné 10 médecins gestionnaires occupant des fonctions hiérarchiques différentes.

Le quatrième chapitre, nous l'avons consacré à l'analyse des données recueillies. Dans ce quatrième chapitre, nous avons passé en revue de manière

individuelle les quatre rôles stratégiques. Pour chacun de ces rôles, nous avons présenté les données obtenues par l'entremise des questionnaires ainsi que des entrevues semi-dirigées. Nous avons terminé le chapitre en créant un regroupement des médecins gestionnaires en fonction de leur profil stratégique basé sur l'ensemble des rôles joués et des données qualitatives.

Enfin, dans le chapitre cinq qui fut consacré à la discussion, nous avons exposé nos attentes vis-à-vis des quatre rôles stratégiques de la typologie de Floyd et Wooldridge. À la suite de quoi, nous avons détaillé ce que nous avons trouvé pour chacun de ses quatre rôles, puis nous avons tenu à expliquer ces observations. Nous avons fait de même en ce qui trait à la relation entre le rôle et le niveau hiérarchique, le sentiment d'appartenance et le rôle, et finalement la hiérarchie et le sentiment d'appartenance. De manière concise, notre discussion porte sur le fait que notre analyse nous a révélé que le rôle prédominant joué par les médecins gestionnaires est celui de la mise en œuvre, alors que nous avions prévu que le rôle de champion serait le rôle prédominant.

Limites

Cette étude comporte quelques limites. La première limite est sans contredit le faible nombre de sujets interrogés. Bien sûr, nous ne pouvons pas prétendre que les résultats obtenus représentent l'ensemble des médecins gestionnaires du Québec. Par contre, nous avons pu obtenir des données mixtes (qualitatives et quantitatives) et relativement riches sur les 10 personnes interrogées, qui de plus représentaient différents niveaux de gestion.

Une seconde limite se retrouve à même le questionnaire individuel. Dans ce questionnaire, il existe un choix de réponses qui peut avoir une connotation ambivalente. En effet, pour les questions 15 à 25, les répondants avaient l'option d'indiquer qu'ils effectuaient « *fréquemment* ces activités » ou qu'ils effectuaient « *souvent* ces activités ». Or, les termes « fréquemment » et « souvent », bien qu'ils s'agissent de deux termes distincts au sens de la langue française, peuvent souvent faire l'objet d'une interprétation subjective, ce qui peut modifier les résultats des questionnaires.

Enfin, une troisième limite repose sur la définition imprécise de ce qu'est un cadre intermédiaire. Bien que notre recherche ne porte pas essentiellement sur cette notion, nous avons tout de même emprunté la typologie des rôles de Floyd et Wooldridge (1992), qui avait préalablement été constitué pour ce groupe cible. Or, dans notre travail, nous avons pris le soin de démontrer en quoi les médecins gestionnaires montraient des similitudes avec les cadres intermédiaires. Nous devons admettre que la définition de cadres intermédiaires n'est pas du tout unifiée, et que, par le fait même, tout niveau hiérarchique peut entrer dans cette définition. Aussi, certains médecins gestionnaires interrogés ne correspondent pas parfaitement au profil de cadres intermédiaires, en fonction de la définition qui s'y applique. Nous croyons par contre que la typologie de Floyd et Wooldridge (1992) a suffisamment de versatilité pour donner un bon aperçu des rôles stratégiques au-delà d'une définition étroite de cadre intermédiaire.

Implications pour la recherche future

D'abord cette étude met l'accent sur le rôle stratégique des médecins gestionnaires dans la décision stratégique organisationnelle. Cette étude nous

démontre que la notion du rôle peut être perçue et interprétée différemment d'un individu à l'autre. Cette observation nous a permis de réaliser qu'il existe une différence entre les rôles perçus et les rôles concrètement réalisés auprès des médecins gestionnaires. Ceci nous démontre donc la pertinence d'effectuer des recherches qualitatives, car cela nous permet d'actualiser les théories établies par la littérature académique.

Sur le plan théorique, notre recherche visait non seulement à caractériser les médecins selon les rôles stratégiques de Floyd et Wooldridge (1992, 1997), mais aussi à mieux comprendre les antécédents de ces rôles, notamment en termes de niveau hiérarchique et de sentiment d'appartenance. La faible taille de l'échantillon ne nous a pas permis de voir des effets très significatifs à propos de ces variables. Cependant, cela constitue des pistes pour la recherche future.

Aussi, l'ajout de ces deux facteurs à la typologie des rôles nous a conduits sur une autre piste, selon laquelle les médecins gestionnaires semblent jouer un rôle similaire en fonction de leurs caractéristiques personnelles. C'est donc pour cela que nous en sommes venus à regrouper nos sujets sous forme de profil stratégique. Nous établissons ainsi les fondements pour des recherches éventuelles avec des méthodologies plus quantitatives qui pourraient mesurer la présence et l'efficacité de ces rôles et ces profils dans les organisations.

Implications pour la pratique

Ce travail de recherche permettra au praticien de mieux comprendre comment le médecin gestionnaire peut jouer un rôle stratégique au sein de son

organisation. Cela lui donnera l'opportunité de découvrir et d'apprécier la variété des rôles joués et la contribution de chacun. De cette façon, les médecins gestionnaires, ainsi que leurs collègues, pourront désormais mieux comprendre et apprécier la contribution des médecins gestionnaires dans leur rôle de stratège. Sachant désormais que le rôle du responsable de la mise en œuvre est le rôle prédominant chez ce groupe d'acteurs, les praticiens seront en mesure d'outiller davantage les médecins gestionnaires afin qu'ils exercent leur rôle plus adéquatement. De plus, ce travail a permis de démontrer aux praticiens les facteurs qui peuvent limiter l'exercice des autres types de rôles stratégiques.

ANNEXES

ANNEXE1 : COURRIEL TYPE

Bonjour Dr Untel,

Mon nom est Camille Senécal, et je suis actuellement étudiante à la maîtrise en sciences de la gestion de HEC Montréal.

Dans le cadre de notre étude de recherche nous nous intéressons au rôle stratège des médecins gestionnaires. Plus particulièrement, nous cherchons à obtenir une compréhension plus approfondie des déterminants qui permettent au médecin gestionnaire de jouer un rôle de stratège en participant ou en entreprenant des décisions stratégiques à l'intérieur de son établissement de santé.

J'ai travaillé auparavant comme technologue en électrophysiologie médicale, ce qui m'a permis de faire la connaissance de quelques médecins dans le secteur de la santé notamment le Dr Georges Honos, qui m'a gentiment transmis votre nom. Je me permets de vous contacter puisque vous correspondez parfaitement au profil des répondants recherchés.

J'aimerais de ce fait pouvoir vous rencontrer. Je vais donc vous contacter dans les prochains jours afin de vous parler davantage de notre étude de recherche.

En espérant pouvoir échanger avec vous,

Veillez agréer Dr Untel mes sincères salutations.

Camille Sénécal

Étudiante de 2^e année à maîtrise en sciences de la gestion, HEC Montréal

ANNEXE 2 : GRILLE D'ENTRETIEN SEMI-DIRIGÉE

Grille d'entretien semi-dirigée avec le médecin gestionnaire

- Présentation de l'intervieweur
 - Présentation de la recherche et objectifs de la rencontre
 - Feuille de consentement engagement de confidentialité, autorisation d'enregistrement
1. Pouvez-vous me parler de votre cheminement au sein de l'établissement (titre du poste actuel, nombre d'années dans ce poste, autres postes occupés, etc.)?
 2. Pouvez-vous me parler de votre rôle et de vos responsabilités au sein de l'établissement?
 3. Comment êtes-vous arrivé à travailler comme médecin gestionnaire?
 4. Selon vous, quels sont les principaux enjeux du secteur, sur lesquels nous devrions porter notre attention?
 5. Quels sont, selon vous, les principaux défis auxquels sont confrontés les médecins? gestionnaires? (processus de décision, comment êtes-vous arrivé à cette décision? (l'histoire)?
 6. Pouvez-vous nous décrire vos trois plus grandes réalisations jusqu'à maintenant?
 7. Quel rôle doit jouer un médecin gestionnaire pour mener une gestion efficace?

8. Pouvez-vous me parler d'un projet précis où vous avez dû obtenir l'approbation de la haute direction (comment vous y êtes-vous pris)?
9. Pouvez-vous me parler d'un projet précis où vous aviez à concilier des exigences contradictoires et les priorités différentes des parties prenantes?
10. Dans votre établissement ou unité, existe-t-il un processus de décision stratégique et comment êtes-vous impliqué?
11. Pour vous, comment définissez-vous le terme « stratégie »?
12. Vous considérez-vous comme stratège?

Clôture

- Avez-vous des commentaires supplémentaires que vous voudriez ajouter?
- Retour sur la recherche et les prochaines étapes.
- Avez-vous des questions concernant cette recherche?
- Retour sur la confidentialité et sur les coordonnées pour joindre le chercheur.

ANNEXE 3 : GRILLE DU QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL

Questionnaire tiré de la version originale : Cohen, David G., "The Microfoundations of Middle Manager Strategic Influence: Three Essays" (2015). Doctoral Dissertations 2014-current. Paper 296.

La première série de questions ci-dessous vous demande si vous êtes d'accord ou en désaccord avec les déclarations au sujet de votre relation avec votre établissement de soins de santé pour lequel vous agissez actuellement à titre de médecin gestionnaire.

Pour chaque déclaration, s'il vous plaît indiquer si vous êtes tout à fait d'accord que la déclaration décrit votre relation avec votre établissement, d'accord, avoir aucune réaction particulière d'une manière ou l'autre, en désaccord ou tout à fait en désaccord.

Énoncés	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni en désaccord / ni d'accord	En désaccord	Tout à fait en désaccord	N/A
1 Lorsque quelqu'un critique l'établissement de santé pour lequel je travaille, je le prends comme une insulte personnelle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Quand je parle de l'établissement de santé pour lequel je travaille, j'ai tendance à dire «nous» plutôt «qu'ils».	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Je suis très intéressé(e) parce que les autres pensent de l'établissement de santé pour lequel je travaille.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Je considère les succès de l'établissement de santé pour lequel je travaille comme étant mes propres succès.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Si une histoire dans les médias critique l'établissement de santé pour lequel je travaille, je me sentirais gêné(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Quand quelqu'un fait des éloges vis à vis l'établissement de santé pour lequel je travaille, je le prends comme un compliment personnel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 7 Je serais très heureux de passer le reste de ma carrière dans l'établissement de santé pour lequel je travaille.
- 8 J'aime discuter de l'établissement de santé pour lequel je travaille avec des personnes extérieures à mon établissement.
- 9 Je me sens vraiment comme si les problèmes de mon établissement de santé de santé pour lequel je travaille sont les miens.
- 10 Je pense que je pourrais facilement devenir aussi attaché à un autre établissement de santé que je le suis avec mon établissement actuel.
- 11 Je ne me sens pas comme un membre de la famille dans mon établissement de santé actuel.
- 12 Je ne me sens pas émotionnellement attaché à l'établissement de santé pour lequel je travaille.
- 13 L'établissement de santé pour lequel je travaille à beaucoup de signification personnelle pour moi.
- 14 Je n'ai pas un fort sentiment d'appartenance vis-à-vis l'établissement de santé pour lequel je travaille.

La prochaine série de questions porte sur la stratégie de votre établissement. Pour nos besoins, la stratégie comprend la détermination des objectifs et des orientations à long terme de l'établissement, incluant les types de services à offrir et les projets cliniques à mettre en œuvre pour atteindre ces objectifs. En tant que médecins gestionnaires, vous pouvez contribuer à la stratégie d'au moins quatre façons différentes. S'il vous plaît, lisez les quatre brefs énoncés ci-dessous, puis répondez aux questions sur chacune des composantes stratégiques.

A. Les médecins gestionnaires contribuent à la stratégie en mettant en œuvre les changements stratégiques convenus par l'équipe de direction concernant leur champ de responsabilité. Ils communiquent et vendent de nouvelles orientations stratégiques approuvées par le conseil d'administration aux médecins et gestionnaires de premier niveau. Ils conçoivent et supervisent les plans d'action visant à atteindre les objectifs et travaillent pour faire en sorte que leur unité (département, programme etc.) supporte les objectifs de l'établissement de soins.

B. Les médecins gestionnaires contribuent à la stratégie en s'assurant de créer une atmosphère propice à l'expérimentation d'idées prometteuses dans leur unité respective. Ils évaluent les résultats de ces expériences en encourageant celles qui s'avèrent les plus aptes à améliorer la qualité des soins et/ou leur efficacité, et en décourageant celles qui n'offrent pas de bénéfices. Ils mobilisent des ressources afin de promouvoir les projets les plus prometteurs au sein de leur unité.

C. Les médecins gestionnaires communiquent aux autres personnes qui les entourent leur analyse des événements émergents qui peuvent influencer de façon significative les activités de l'organisation en appliquant un raisonnement stratégique. Dans ce rôle, les médecins-gestionnaires surveillent les changements dans le secteur de la santé (ex. au niveau des nouvelles technologies, modes de traitement, organisation des soins, concurrence, réglementation, etc.). Ils rassemblent l'information concernant ces éléments à partir d'une variété de sources, et communiquent cette information à l'équipe de direction.

D. Les médecins gestionnaires contribuent à la stratégie en identifiant de nouvelles opportunités stratégiques et en essayant de les vendre à leurs collègues et à la haute direction. Cela peut comprendre les démarches pour justifier l'implantation de nouveaux programmes, de nouvelles technologies ou de nouveaux processus de travail à l'équipe de direction.

15. À quelle fréquence effectuez-vous les activités décrites dans le type A?

- | | |
|----------------------------------------|--------------------------|
| J'effectue fréquemment ces activités | <input type="checkbox"/> |
| J'effectue souvent ces activités | <input type="checkbox"/> |
| J'effectue régulièrement ces activités | <input type="checkbox"/> |
| J'effectue rarement ces activités | <input type="checkbox"/> |
| Je n'effectue jamais ces activités | <input type="checkbox"/> |
| Ne s'applique pas | <input type="checkbox"/> |

16. Si vous pouvez concevoir votre propre emploi, à quelle fréquence vous effectueriez-vous les activités décrites dans le type A ?

- J'effectue fréquemment ces activités
- J'effectue souvent ces activités
- J'effectue régulièrement ces activités
- J'effectue rarement ces activités
- Je n'effectue jamais ces activités
- Ne s'applique pas

17. Quelle importance pensez-vous les activités décrites dans le type A font en sorte que vous faites un bon travail emploi dans votre position actuelle?

- Importance capitale Très importantes Importantes
- Assez importantes Pas importantes du tout Ne s'applique pas

18. À quelle fréquence effectuez-vous les activités décrites dans le type B?

- J'effectue fréquemment ces activités
- J'effectue souvent ces activités
- J'effectue régulièrement ces activités
- J'effectue rarement ces activités
- Je n'effectue jamais ces activités
- Ne s'applique pas

19. Si vous pouvez concevoir votre propre emploi, à quelle fréquence vous effectueriez-vous les activités décrites dans le type B?

- J'effectue fréquemment ces activités
- J'effectue souvent ces activités
- J'effectue régulièrement ces activités
- J'effectue rarement ces activités
- Je n'effectue jamais ces activités
- Ne s'applique pas

20. Quelle importance pensez-vous les activités décrites dans le type B font en sorte que vous faites un bon travail emploi dans votre position actuelle?

- Importance capitale Très importantes Importantes
- Assez importantes Pas importantes du tout Ne s'applique pas

21. À quelle fréquence effectuez-vous les activités décrites dans le type C?

- J'effectue fréquemment ces activités
- J'effectue souvent ces activités
- J'effectue régulièrement ces activités
- J'effectue rarement ces activités
- Je n'effectue jamais ces activités
- Ne s'applique pas

22. Si vous pouvez concevoir votre propre emploi, à quelle fréquence vous effectueriez-vous les activités décrites dans le type C ?

- J'effectue fréquemment ces activités
- J'effectue souvent ces activités
- J'effectue régulièrement ces activités
- J'effectue rarement ces activités
- Je n'effectue jamais ces activités
- Ne s'applique pas

23. Quelle importance pensez-vous les activités décrites dans le type C font en sorte que vous faites un bon travail emploi dans votre position actuelle?

- Importance capitale Très importantes Importantes
- Assez importantes Pas importantes du tout Ne s'applique pas

24. À quelle fréquence effectuez-vous les activités décrites dans le type D ?

- J'effectue fréquemment ces activités
- J'effectue souvent ces activités
- J'effectue régulièrement ces activités
- J'effectue rarement ces activités
- Je n'effectue jamais ces activités
- Ne s'applique pas

25. Si vous pouvez concevoir votre propre emploi, à quelle fréquence vous effectueriez-vous les activités décrites dans le type D ?

-
- J'effectue fréquemment ces activités
-
- J'effectue souvent ces activités
-
- J'effectue régulièrement ces activités
-
- J'effectue rarement ces activités
-
- Je n'effectue jamais ces activités
-
- Ne s'applique pas

26. Quelle importance pensez-vous les activités décrites dans le type D font en sorte que vous faites un bon travail emploi dans votre position actuelle?

- Importance capitale Très importantes Importantes
- Assez importantes Pas importantes du tout Ne s'applique pas

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Abraham, Susan (2012). «Job Satisfaction as an Antecedent to Employee Engagement», *SIES Journal of Management*, vol. 8, no 2, p.27-36.

Adler, Paul. S. et Seok-Woo Kwon (2013). «The mutation of professionalism as a contested diffusion process: Clinical guidelines as carriers of institutional change in medicine», *Journal of Management Studies*, vol. 50, no 5, p.930-962.

Adler, Paul. S., Seok-Woo Kwon et Charles Heckscher (2008). «Perspective-professional work: The emergence of collaborative community», *Organization Science*, vol.19, no 2, p. 359-376.

Allard-Poesi, Florence (2006). « La stratégie comme pratique(s) : Ce que faire de la stratégie veut dire » dans D. Golsorkhi. *Les figures de la fabrique de la stratégie*, Vuibert, p.19-39.

Alis, David et Valérie Fergelot (2012). « Le rôle des cadres intermédiaires dans le processus de changement des collectivités publiques : pour un modèle dynamique de la construction de rôle », *Management international*, vol. 16, no 3, p. 25–37.

Andry, Tiffany (2016). « Le cadre de proximité, acteur clé de la motivation et de l'implication organisationnelle », *Communication & Organisation*, vol. 50, no 2, p. 179-202.

Ansoff, Igor (1965). *Corporate Strategy*, New York, McGraw-Hill, 241 p.

Ashmos, Donde P., Dennis Duchon et Wayne D. Bodensteiner (1997). «Linking Issue Labels and Managerial Actions: A Study of Participation in

Crisis vs. Opportunity Issues», *Journal of Applied Business Research*, vol.13, no 4, p. 31-45.

Ashmos, Donde P., Dennis Duchon et Reuben R. McDaniel (2000). «Physicians and decisions : A simple rule for increasing connections in hospitals», *Health Care Management Review*, vol. 25, no 1, p.109-115.

Association médicale du Québec (2016). *Étude sur le profil et les besoins des médecins gestionnaires*. Récupéré de https://www.amq.ca/images/Colloque_médecins_gestionnaires-2016/Rapport_Sondage_med_gest_2016F.pdf.

Association médicale canadienne (2017). *Centre de données de L'AMC au sujet des effectif médicaux. Données fondamentales au sujets des médecins*. Récupéré de <https://www.cma.ca/Fr/Pages/basic-physician-facts.aspx>

Autissier, David, Isabelle Vandangeon et Alain Vas (2014). *Conduite du changement : concepts-clés : 50 ans de pratiques issues des travaux des auteurs fondateurs*, 2 édition, Paris, Dunod, 248 p.

Autissier David et Isabelle Vandangeon (2007). « Les cadres de première ligne et le changement », *Revue Française de Gestion*, vol. 33, no 174, p.115-133.

Baker, G.Ross et Jean - Louis Denis (2011). « Medical leadership in health care systems : from professional authority to organizational leadership », *Public Money et Management*, vol. 31, no 5, p. 355-362.

Bakker, Arnold B., Maria Tims et Daantje Derks(2012), «Proactive personality and job performance: The role of job crafting and work engagement», *Human relations*, vol. 65, no 10, p. 1359-1378.

Balas-Ezzemzami, Judith (2006). « Former au management les cadres de proximité : pour et avec quel engagement éthique? », *Empan*, vol.61, no 1, p. 62-68.

Balogun, Julia (2003). «From blaming the middle to harnessing its potential: Creating change intermediaries», *British Journal of Management*, vol. 14, no 1, p.69-83.

Balogun, Julia et Gerry Johnson (2004). «Organizational restructuring and middle manager sensemaking», *Academy of Management Journal*, vol. 47, no 4, p. 523-549.

Balogun, Julia et Gerry Johnson (2005). «From intended strategies to unintended outcomes : the impact of change recipient sensemaking», *Organization Studies*, vol. 26, no 11, p. 1573-1601.

Barabel, Michel, Olivier Meier et Thierry Teboul (2008). *Les fondamentaux du management*, Dunod, Paris, 245 p.

Biddle, Bruce J.(1986). «Recent developments in role theory», *Annual review of sociology*, vol. 12, no 1, p. 67-92.

Boulanger, Stéphanie et Johanne Castonguay (2012). *Portrait de la rémunération des médecins au Québec de 2000 à 2009*. Récupéré Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations (2012 S-13) <https://www.cirano.qc.ca/pdf/publication/2012s-13.pdf>

Burgelman Robert A. (1991). « Intraorganizational ecology of strategy making and organizational adaptation : theory and field research », *Organization Science*, vol. 12, no 3, p. 239-262.

Chadi, Nicholas (2009). «Medical Leadership : Doctors at the helm of change» *McGill journal of medicine*, vol.12, no 1, p. 52–57.

Chanal, Valérie (2008). « La stratégie en pratiques. » dans Géraldine Schmidt, *Management, fondements et renouvellements*, Éditions Sciences Humaines, p.42-50.

Chandler, Alfred. D. (1962). « *Strategy and Structure: Chapters in the History of American Enterprise* », Boston : MA : MIT Press.

Conformité. (n.f.) *Dans le dictionnaire Larousse en ligne*. Récupéré à <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/conformité/18146?q=conformité#18038>

Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada (2017). *Rôle Can Med : Communicateur* Récupéré de <http://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/framework/canmeds-role-communicator-f>.

Currie, Graeme et Stephen Procter (2005). «The antecedents of middle managers' strategic contribution: the case of a professional bureaucracy», *Journal of management studies*, vol. 42, no 7, p.1325-1356.

Currie, Graeme (1999). «The influence of middle managers in the business planning process: A case study in the UK NHS», *British Journal of Management*, vol.10, no 2, p.141-155.

Denis, Jean-Louis *et al.*, (2013). «Exploring the dynamics of physician engagement and leadership for health system improvement prospects for

Canadian», *Institute of Health Policy, Management and Evaluation*, University of Toronto, Toronto.

Denis, Jean - Louis, Emilie Gibeau, Ann Langley *et al.* (2012) Modèles et enjeux du partenariat médico-administratif: État des connaissances. *Association québécoise d'établissement de santé et de services sociaux*, Récupéré de http://www.aqesss.qc.ca/docs/dossiers/partenerariat-medico-administratif/revue_de_litterature-Partenerariat_medico-administratif-Fevrier-2012.pdf.

Denis Jean-Louis, Ann Langley et Linda Rouleau (2007). « Strategizing in pluralistic contexts: Rethinking theoretical frames », *Human Relation*, vol. 60, no 1, p. 179-215.

Delbecq, Andre, Robert J. House, Mary Sully, De Luque *et al.* (2013). «Implicit motives, leadership, and follower outcomes: An empirical test of CEOs», *Journal of Leadership & Organizational Studies*, vol. 20, no 1, p. 7-24.

De Leo, Gianluca, Cynthia LeRouge, Claudia Ceriani *et al.*, (2006). « Websites most frequently used by physician for gathering medical information. » communication présentée *au Annual Symposium proceedings del'AMIA*, 11-15 Novembre, Washington, DC.

Desmarais, Céline, et Emmanuel Abord de Chatillon. (2010). « Le rôle de traduction du cadre. Entre allégeance et résistance », *Revue française de gestion*, vol. 205, no 6, p. 71-88.

Dutton, Jane E. et Susan J. Ashford (1993). «Selling Issues to Top Management», *The Academy of Management Review*, vol. 18, no 3, p. 397-428.

Dutton, Jane E., Susan Ashford *et al.*, (1997). « Reading the wind: How middle managers assess the context for selling issues to top managers », *Strategic Management Journal*, vol.18, no 5, p.407-424.

Dutton, Jane E. et Susan E. Jackson (1987). «Categorizing strategic issues: links to organization action», *Academy of Management Review*, vol 12, p. 76- 90.

Deslauriers, Jean-Pierre (1982). « Guide de recherche qualitative ». *Bulletin de recherche*, no 62, Sherbrooke : Université de Sherbrooke.

Evetts, Julia (2011). « A new professionalism? Challenges and opportunities», *Current sociology*, vol. 59, no 4, p. 406-422.

Floyd, Steven W. et Bill Wooldridge (1992). « Middle management involvement in strategy and its association with strategic type : A research note », *Strategic Management Journal*, vol. 13, no 1, p.153-167.

Floyd, Steven W. et Bill Wooldridge (1994). « Dinosaurs or dynamos? Recognizing middle management's strategic role», *Academy of Management Executive*, vol. 8, no 4, p. 47-57.

Floyd, Steven W. et Bill Wooldridge (1997). «Middle management's strategic influence and organizational performance», *Journal of Management Studies*, vol. 34, no 3, p. 465-485.

Floyd, Steven et Bill Wooldridge (2000). « Building strategy from the middle: Reconceptualizing strategy process » Sage Publication, 216 p.

Ghobadian, Abby et Nicholas O'Regan (2008) « Where do we fit in the swings and roundabouts of strategy? », *Journal of Strategy and Management*, vol. 1 no 1, p.5-14,

Gibeau, Émilie, Ann Langley, Jean-Louis Denis, Marie-Pascale Pomey et Nicholas Van Schendel (2014). « Lorsque les médecins deviennent gestionnaires », *Gestion*, vol 39, no 3, p. 63-73.

Goulet, Denis et Robert Gagnon (2014). *Histoire de la médecine au Québec 1800-2000 : de l'art de soigner à la science de guérir*, Éditions Septentrion, 456 p.

Grignon, Michel, Valérie Paris, Dominique Polton, *et al.*, (2002). « L'influence des modes de rémunération des médecins sur l'efficacité du système de soins ». Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, récupéré de <http://sbisrvntweb.uqac.ca/archivage/030079342.pdf>

Ha, Jennifer Fong et Longneckker, Nancy (2010). « Doctor-patient communication : a review », *The Ochsner Journal*, vol. 10, no 1, p. 38-43.

Hautz, Julia (2017). « Opening up the Strategy Process-A Network Perspective », *Management Decision*, vol. 55, no 9, p. 1956-1983.

Hautz, Julia., David Seidl et Richard Whittington (2017). « Open strategy : Dimensions, dilemmas, dynamics », *Long Range Planning*, vol. 50, no 3, p.298-309.

Hébert, Guillaume (2016). *La rémunération des médecins québécois*. Récupéré de l'Institut de recherche et d'informations socio-économiques. <http://iris->

recherche.s3.amazonaws.com/uploads/publication/file/Re_mune_ration_des_m
e_decins_WEB.pdf

Hudon, Raymond, Rachel Mathieu et Elisabeth Martin (2009). « Pouvoir médical et interventions législatives au Québec, 2001-2008 », *Recherches sociographiques*, vol. 50, no 2, p. 255-281.

Huy, Quy Nguyen (2001). « In praise of middle managers », *Harvard Business Review*, vol. 79, no 8, p.73-79.

Huy, Quy Nguyen (2002). « Emotional balancing of organizational continuity and radical change: The contribution of middle managers », *Administrative Science Quarterly*, vol. 47, no 1, p. 31-73.

Hutter Katja, Bright Adu Nketia et Johann Füller (2016). « Falling Short with Participation: Different Effects of Ideation, Commenting, and Evaluating Behavior on Open Strategizing », *Long Range Planning*, vol. 50, no 3, p. 355-370.

Iedema, Rick *et al.*, (2003). «It's an Interesting Conversation I'm Hearing: The Doctor as Manager», *Organization Studies*, vol. 25, no 1, p. 15-33.

Jarzabkowski, Paula et David C. Wilson (2002). «Top teams and strategy in UK university», *Journal of Management Studies*, vol. 39, no 3, p. 355–381.

Jarzabkowski, Paula (2003). «Strategic practices: An activity theory perspective on continuity and change», *Journal of Management Studies*, vol. 40, no 1, p. 23–55.

Jarzabkowski, Paula (2004). «Strategy as Practice : Recursiveness, Adaptation, and Practices-in-Use», *Organization Studies*, vol.25, no 4, p. 529-560.

Jarzabkowski, Paula (2006). « Actionable Strategy Knowledge », *European Management Journal*, vol.24, no.5, p.348-367.

Jarzabkowski, Paula, Juliette Balogun et David Seidl (2007). «Strategizing: The Challenges of a PracticePerspective», *Human Relations*, vol. 60, no 1, p. 5-27.

Joffe, Meagan et Kate Mackenzie Davey (2012). «The problem of identity in hybrid managers: who are medical directors?», *The International Journal of Leadership in Public Services*, vol. 8, no 3, p. 161-174.

Johnson, Gerry, Leif Melin et Richard Whittington (2003). «Micro Strategy and Strategizing: Towards anActivity-Based View», *Journal of Management Studies*, vol.40, no1, p. 3-22.

Johnson, Gerry, Ann Langley, Leif Melin et Richard Whittington (2007). *Strategy as Practice: Research Directions and Resources*, Cambridge University Press.

Kindig, David. A. (1997). «Do physician executives make a difference?», *Frontiers of Health Services Management*, vol. 13, no3, p.38–42.

Lamothe, Lise (1999). « La reconfiguration des hôpitaux : un défi d'ordre professionnel », *Ruptures*, vol. 6, no 2, p. 132-148.

Leatt, Peggy (1994). « Physicians in health care management: 1. Physicians as cadres : roles and future challenges», *Canadian Medical Association Journal*, vol. 150, no 2, p.171-176.

Lescarbeau, R. (1994). *L'enquête feed-back*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.

Lemieux, Vincent (2003). *Le système de santé au Québec : organisations, acteurs et enjeux*. Sainte-Foy, Les Presses de l'Université Laval, 507 p.

Llewellyn, Sue. (2001). « Two-Way Windows » : Clinicians as Medical Managers», *Organization Studies*, vol. 22, no 4, p. 593–623.

Mantere, Saku (2005). «Strategic practices as enablers and disablers of championing activity», *Strategic Organization*, vol.3, no 2, p.157-184.

Mantere, Saku (2008). «Role Expectations and Middle Manager Strategic Agency», *The Journal of Management Studies*, vol.45, no 2, p.294-318.

Markos, Solomon et Sandhya Sridevi (2010). «Employee Engagement : The Key to Improving Performance», *International Journal of Business and Management*, Vol. 5, no 12, p.89-96.

McDaniel Reuben R. et Donde P. Ashmos (1986). «Strategic directions within health care institutions: The role of the physician», *Journal of the National Medical Association*, vol. 78, no 7, p. 633-641.

Mintzberg,, Henri (1980). « Structure in 5's: a synthesis of the research on organization design », *Academic Journal Management Science*, vol. 26, no 3, p. 322-341.

Mintzberg, Henri (1985). «Organization Design : Fashion or Fit», *Harvard Business Review*. Récupéré du <https://hbr.org/1981/01/organization-design-fashion-or-fit>

Mintzberg, Henri et Alexandra McHugh (1985). « Strategy formation in an adhocracy », *Administrative science quarterly*, p. 160-197.

Mintzberg, Henri (1994). « The Rise and Fall of Strategic Planning», New York and Toronto: Free Press.

Mowday, Richard. T., Richard M. Steers et Lyam W. Porter (1979). «The measurement of organizational commitment», *Journal of vocational behavior*, vol.14, no 2, p.224-247.

Nonaka, Ikujiro (1988). «Toward middle-up-down management : Accelerating information creation», *Sloan Management Review*, vol. 29, no 3, p.9-18.

Nonaka, Ikujiro (1994). «A dynamic theory of organizational knowledge creation», *Organization science*, vol. 5, no 1, p.14-37.

Nketia, Bright Adu (2016), «The influence of open strategizing on organizational members' commitment to strategy», *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, vol. 235, p. 473-483.

OECD 2010, "Health care systems: Getting more value for money", *OECD Economics Department Policy Notes*, No. 2. Récupéré de <https://www.oecd.org/eco/growth/46508904.pdf>

Ologbo C. Andrew, et Sofian Saudah (2012). «Individual factors and work outcomes of employee engagement», *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 2012, vol. 40, p. 498-508.

Pettigrew, Andrew. M. (1985). «Contextualist research and the study of organizational change processes», *Research methods in information systems*, p.53-78.

Porter, Michael (1980). *Competitive Strategy*. New York : Free Press.

Porter, Michael (1985). *Competitive Advantage*. New York : Free Press, 557 p.

Porter, Lyman.W., Richard M. Steers, Richard T. Mowday *et al.*, (1974). «Organizational Commitment, Job Satisfaction and Turnover Among Psychiatric Technicians», *Journal of Applied Psychology*, vol. 59, no 5, p. 603-609.

Reckwitz, Andreas (2002). «Toward a Theory of Social Practices: A Development in Culturalist Theorizing», *European Journal of Social Theory*, vol. 5, no 2, p. 243-263.

Rouleau, Linda (2005). «Micro-Practices of Strategic Sensemaking and Sensegiving: How Middle Managers Interpret and Sell Change Every Day», *Journal of Management Studies*, vol. 42, no 7, p.1413–1441.

Rouleau, Linda, Florence Allard-Poésie et Vanessa Warnier (2007). « Le management stratégique en pratiques » *Revue française de gestion*, vol. 33, no 174, p. 15-24.

Royal, Louise (2008). *Le phénomène des tensions de rôle chez le directeur adjoint d'école de l'ordre d'enseignement secondaire du Québec*, [Thèse de doctorat], Montréal, Université de Montréal, 389 p.

Thakur, Manab, (1998), « Involving middle managers in strategy making », *Long Range Planning*, vol.31, no 5, p.732-741.

Salancik, G.R. (1977) « Commitment and the Control of Organization Behavior and Belief », Édité par B.M. Staw et G.R. Salancik, *New Directions in Organizational Behavior*, Chicago, St. Clair Press, p.1-54.

Snell, Anita J., Don Briscoe et Graham Dickson (2011). «From the inside out: the engagement of physicians as leaders in health care settings», *Qualitative Health Research*, vol 21, no 7, p. 952-967.

Spyridonidis, Dimitrios, et Micgael Calnan (2011). « Are new forms of professionalism emerging in medicine? The case of the implementation of NICE guidelines », *Health Sociology Review*, vol. 20, no 4, p. 394-409.

Suman, Shanti et Ann K. Srivastava (2012). «Antecedents of organisational commitment across hierarchical levels», *Psychology and Developing Societies*, vol. 24, no 1, p. 61-83.

Van Rensburg, Mari Jansen, Annemarie Davis et Peet Venter (2014). «Making strategy work: The role of the middle manager», *Journal of Management & Organization*, vol. 20 , no 2, p. 165-186.

Vidaillet, Bénédicte et Christophe Vignon (2009). « Comment tenir compte de la subjectivité du cadre en formation? », *Annales des Mines-Gérer et comprendre*, vol. 2, no 96, p. 62-74.

Witman, Yolande, Gerhard A.C. Smid, Pauline L. Meurs *et al.*, (2010). « Doctor in the lead: balancing between two worlds », *Organization*, vol. 18, no 4, p. 477–495.

Wooldridge, Bill et Steven W. Floyd (1990). « The strategy process, middle management involvement, and organizational performance », *Strategic Management Journal*, vol.11, no 3, p.231-241.

Wooldridge, Bill, Torsten Schmid et Steven W. Floyd (2008). « The middle management perspective on strategy process: Contributions, synthesis, and future research », *Journal of management*, vol 34, no.6, p. 1190-1221.

Whittington, Richard (2006). «Completing the Practice Turn in Strategy Research», *Organization Studies*, vol. 27, no 5, p.613-634.

Zuckerman, Alan (2000). «Leveraging strategic planning for improved financial Performance», *Health Care Financial Management*, vol.54, no 12, p.54.