

---

## L'identité professionnelle des gestionnaires des organisations de la santé : un sale boulot requérant un courage managérial ?

*The professional identity of managers of health care organizations : dirty work that requires managerial courage ?*

*La identidad profesional de los administradores de organizaciones de salud : un trabajo sucio que requiere un coraje de gestión ?*

**Sylvie St-Onge et Line Provost**

---



### Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/pistes/4038>

DOI : [10.4000/pistes.4038](https://doi.org/10.4000/pistes.4038)

ISSN : 1481-9384

### Éditeur

Les Amis de PISTES

### Référence électronique

Sylvie St-Onge et Line Provost, « L'identité professionnelle des gestionnaires des organisations de la santé : un sale boulot requérant un courage managérial ? », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* [En ligne], 16-3 | 2014, mis en ligne le 09 juin 2014, consulté le 10 décembre 2020. URL : <http://journals.openedition.org/pistes/4038> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/pistes.4038>

---

Ce document a été généré automatiquement le 10 décembre 2020.



*Pistes* est mis à disposition selon les termes de la licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International.

---

# *L'identité professionnelle des gestionnaires des organisations de la santé : un sale boulot requérant un courage managérial ?*

*The professional identity of managers of health care organizations : dirty work that requires managerial courage ?*

*La identidad profesional de los administradores de organizaciones de salud : un trabajo sucio que requiere un coraje de gestión ?*

**Sylvie St-Onge et Line Provost**

---

## **Introduction**

- 1 Au cours des dernières décennies, les organisations du secteur de la santé ont de plus en plus été soumises à de multiples pressions liées à la rareté des ressources, à la concurrence du secteur privé, à la croissance des coûts, au vieillissement des clientèles, aux nouvelles technologies, etc. Parallèlement à cela, les gestionnaires des organisations de la santé (ci-après les gestionnaires de la santé) semblent de plus en plus dépréciés et critiqués.
- 2 À notre connaissance, cette étude s'avère la première à interroger des gestionnaires de la santé afin d'explorer, à travers le discours des gestionnaires eux-mêmes, les menaces à l'identité des gestionnaires des organisations de la santé ainsi que les stratégies qu'ils adoptent pour sauvegarder une identité satisfaisante. Malgré la somme de travaux sur la construction identitaire, on a dit peu de chose sur la façon dont les stigmates peuvent influencer le développement de l'identité professionnelle (Slay et Smith, 2011).
- 3 En outre, nous analyserons jusqu'à quel point l'emploi des gestionnaires de la santé eux-mêmes peut être un « sale boulot » à leurs propres yeux. Alors qu'à l'origine le concept de

« sale boulot » relevait d'une approche sociologique, étant associé à une souillure physique, sociale ou morale, on reconnaît aujourd'hui qu'il est une construction sociale prenant son sens dans le regard, la répugnance et le discrédit des autres ou de soi-même vis-à-vis d'un emploi (Ashforth et Kreiner, 1999). Ainsi, les titulaires d'un grand nombre d'emplois peuvent voir leur identité menacée et percevoir de la désapprobation, des préjugés négatifs, du mépris ou de la méfiance à leur endroit dans le regard des autres (Guerrero et Maisy-Marengo, 2012), comme ce peut être le cas pour les comptables, les avocats, les journalistes ou les politiciens. Ainsi que le recommandent des chercheurs en management, cette étude adopte une approche psychologique (Pinel et Paulin, 2005 ; Guerrero et Maisy-Marengo, 2012) pour analyser les perceptions des gestionnaires de la santé par rapport à la valeur ou à la teinte que les autres leur attribuent.

- 4 De plus, alors que le concept de « sale boulot » a surtout été étudié auprès des travailleurs ayant un faible statut social (par exemple, les éboueurs, les danseuses érotiques, les femmes de ménage), l'intérêt de notre recherche est qu'elle explore comment des titulaires d'un emploi ayant un certain prestige peuvent individuellement ressentir certaines attaques contre leur valeur et quelles stratégies, s'il y a lieu, ils adoptent pour se protéger (Ashforth et Kreiner, 1999). Ainsi, parmi les stratégies de protection relevées par des chercheurs (Ashforth et coll., 2007) auprès de titulaires de divers emplois, nous examinerons celles privilégiées par les gestionnaires de la santé.
- 5 Les résultats devraient permettre aux dirigeants des organisations de la santé de mieux comprendre les malaises ressentis par les gestionnaires et ainsi d'engager des actions afin de les aider à maintenir une identité professionnelle positive, un déterminant de leurs attitudes et de leurs comportements au travail. En outre, il apparaît que la construction d'une identité professionnelle positive favorise le succès en carrière (Arthur et coll., 1999 ; Hall et coll., 2002, cités dans Slay et Smith, 2011), les sentiments d'estime de soi, d'efficacité personnelle et de sens du travail (Ashforth et coll., 2007 ; Morin et coll., 2001) ainsi que la capacité des personnes à établir leur crédibilité et à avoir une bonne performance au travail (Ashforth et Kreiner, 1999 ; Kreiner et coll., 2006). Conséquemment, elle influence l'atteinte des objectifs organisationnels (Ashforth et coll., 2007). Les résultats de cette étude peuvent aussi permettre de déterminer comment il est possible de contrer la difficulté des dirigeants du secteur de la santé, tant en Amérique du Nord qu'en Europe, à pourvoir les postes vacants de gestionnaires, à fidéliser et à mobiliser ces derniers, sans parler du défi de prévenir les problèmes de santé mentale dont les gestionnaires souffrent de plus en plus et qui peuvent mener ultimement au suicide (Lalonde et Roux-Dufort, 2012).

## 1. Revue de la littérature

### 1.1. LES THÉORIES DE L'IDENTITÉ SOCIALE ET DE L'IDENTITÉ PROFESSIONNELLE

- 6 La théorie de l'identité sociale (Tajfel et Turner, 1986) permet de comprendre le développement de l'identité professionnelle. Traditionnellement, on a défini l'identité sociale comme cette *partie* consciente du concept de soi d'une personne qui fait en sorte qu'elle estime appartenir à un groupe social (ou à des groupes sociaux) à qui elle accorde une valeur et une signification émotionnelle. (Tajfel, 1981, p. 255 ; traduction libre). Selon cette théorie, les personnes tendent à catégoriser les autres comme elles-mêmes afin de

mieux organiser et comprendre leur environnement social (processus de catégorisation). Elles veulent alors agir en fonction de la façon dont elles perçoivent que les membres du ou des groupes auxquels elles s'identifient agissent (processus d'identification). Les personnes cherchent à atteindre ou à maintenir une identité sociale positive, et comme cette identité sociale se réalise grâce au groupe, elles souhaitent appartenir à des groupes particuliers. Selon cette théorie, une identité sociale positive est basée en grande partie sur des comparaisons favorables qui peuvent s'établir entre l'endogroupe et des exogroupes pertinents. Lorsque l'identité sociale est insatisfaisante (processus de comparaison), les personnes essaient de quitter leur groupe actuel et de rejoindre un groupe positivement évalué ou de rendre leur groupe actuel plus favorablement distinct (Tajfel, 1981).

- 7 Dans la foulée des écrits sur l'identité sociale, des auteurs ont défini l'« identité professionnelle », soit la constellation d'attributs, de croyances et de valeurs que les personnes utilisent pour se définir elles-mêmes sur les plans des compétences spécialisées, des habiletés, de l'instruction et de leur emploi (Benveniste, 1987 ; Ibarra, 1999 ; Schein, 1978). De même, Gecas et Burke (1995 ; traduction libre) définissent l'identité professionnelle comme « les significations variées que soi-même et les autres nous attribuent », un concept qu'ils jugent important parce qu'il fixe une place à la personne dans la société. Ainsi, être membre d'un ordre professionnel, comme celui des comptables ou celui des ingénieurs, influencera ce qu'une personne pense d'elle-même et ce que les autres pensent d'elle. Selon ce courant de recherche, la construction de son identité professionnelle s'appuie sur trois processus et évolue en fonction d'eux : (1) le processus de socialisation lors de l'entrée dans la profession, qui donne de l'information sur les significations liées à une profession ; (2) le processus des transitions de carrière, qui amène les personnes à ajuster et à adapter leur identité professionnelle ; enfin, (3) le processus des expériences de vie, qui pousse les personnes à clarifier leurs priorités et leur connaissance d'elles-mêmes (Fine, 1996 ; Hall, 1987 ; Ibarra, 1999 ; Nicholson, 1984 ; Schein, 1978). En ce qui concerne les gestionnaires de la santé, on peut se demander jusqu'à quel point leur identité sociale ou professionnelle est satisfaisante à leurs yeux, ou comment elle se distingue de celle des autres groupes professionnels dans leur milieu de travail.

## 1.2. LE CONCEPT DE « SALE BOULOT »

- 8 Dans la foulée des premiers travaux de Hughes (1958), des auteurs ont qualifié de « sales boulots » les emplois qui sont perçus comme physiquement, socialement ou moralement teints négativement dans la société (Ashforth et coll., 2007 ; Ashforth et Kreiner, 1999), une teinte négative que l'on désigne par les termes « salissure », « souillure » ou « stigmaté ». Ainsi, une souillure « physique » teinte les emplois d'éboueurs, de bouchers, de concierges, d'exterminateurs, de mineurs, de soldats, etc., parce qu'ils sont associés aux fluides humains (comme le sang ou les déchets humains), aux conditions dangereuses ou nocives, à la mort, aux ordures et à la saleté. Une souillure « sociale » teinte les emplois de domestiques, de commis aux plaintes, de gardiens de prison, de travailleurs dans le domaine du sida, de détectives, etc., étant donné qu'ils impliquent une relation de servitude, des contacts avec des personnes stigmatisées. Quant à la souillure « morale », elle vise les emplois de danseuses érotiques, de prostituées, de prêteurs sur gages, de proxénètes, etc., qui sont discrédités sur le plan de la vertu (liés au mal ou au péché) ou

qui utilisent des méthodes intrusives, agressives, trompeuses, inciviles, etc. Évidemment, les frontières entre les trois types de souillure ne sont pas toujours aussi étanches et des emplois peuvent être entachés sous plusieurs angles. Pensons, par exemple, au travail des prostituées, qui peut être perçu comme teinté négativement sur les plans physique et moral.

- 9 Aujourd'hui, les auteurs reconnaissent que le concept de « sale boulot » va au-delà des caractéristiques objectives des emplois et qu'il s'avère davantage une construction sociale prenant son sens dans le regard, la répugnance et le discrédit des autres ou de soi-même à l'endroit d'un emploi (Ashforth et Kreiner, 1999). Ainsi, il semble que bien plus de professions peuvent faire face, au moins occasionnellement, à la menace identitaire et qu'elles comportent toutes une certaine dose, variable selon les contextes, de sale boulot associé à l'apparition d'un sentiment de malaise, de méfiance, de préjugé négatif ou de désapprobation parmi la population ou les pairs (Guerrero et Maisy-Marengo, 2012). C'est le cas pour la méfiance ou certains préjugés négatifs que des personnes peuvent entretenir à l'endroit des comptables, des banquiers, des journalistes, des politiciens, des avocats, des vendeurs, etc.
- 10 Alors que, traditionnellement, on s'intéressait au regard d'autrui ou au jugement social supposément partagé par un groupe pour déterminer la teinte négative et l'ampleur des stigmates à l'égard des emplois, des chercheurs ont récemment souligné l'importance de se pencher sur la perception qu'ont des employés quant à la valeur ou à la teinte que les autres attribuent à leur emploi (Pinel et Paulin, 2005 ; Guerrero et Maisy-Marengo, 2012). Selon cette perspective psychologique (et non plus sociologique), la teinte négative ou la dévalorisation d'un emploi peut aussi être évaluée en analysant le regard qu'une personne estime que les autres ont sur son emploi ou sa profession.
- 11 D'une part, on note un intérêt croissant pour le processus de construction de l'identité professionnelle (Clarke , 2009), et l'on connaît encore peu l'effet des stigmates sur l'identité professionnelle des personnes. D'autre part, bien des écrits et des études ont traité de la teinte négative accolée aux gestionnaires dans les organisations en général qu'on associe à des « servants de la bureaucratie » (Brocklehurst et coll., 2009, p. 10). Par contre, on peut penser que cette teinte de bureaucrates préoccupés par les coûts et l'efficacité est particulièrement difficile à supporter pour les gestionnaires de la santé qui œuvrent dans des établissements dont la mission est contraire à l'*ethos* ou aux valeurs du personnel soignant. Aussi, cette étude adopte une approche psychologique pour explorer dans quelle mesure les gestionnaires de la santé perçoivent qu'ils exercent un sale boulot ou ressentent une menace à leur identité, et donc à leur estime d'eux-mêmes.

### **1.3. LES STRATÉGIES POUR CONTRER LA MENACE IDENTITAIRE**

- 12 Les recherches montrent que les menaces extérieures à l'identité d'une personne activent les motivations à protéger son estime de soi et les particularités du groupe auquel elle appartient (Dubar, 2002 ; Licata, 2007). En outre, des chercheurs ont révélé que la perception d'une menace partagée par les membres du groupe favorise leur cohésion, ceux-ci en venant à voir le monde et à exprimer leur identité professionnelle en termes de « nous » contre « eux », ce qui accentue les sentiments de différence et d'isolement (Ashforth et Kreiner, 1999 ; Fiol et coll., 2009 ; Pratt et coll., 2006). Cette recherche nous permettra d'examiner comment les gestionnaires de la santé parviennent à se considérer comme « de bonnes personnes faisant un sale boulot » ou comme « de bonnes personnes

réalisant un bon travail » (Ashforth et Kreiner, 1999 ; traduction libre). Ashforth et coll., (2007) ont étudié différentes stratégies de normalisation visant à neutraliser l'effet ou l'impact de la « souillure », soit des stratégies offensives et défensives.

### 1.3.1. Les stratégies offensives

- 13 L'étude d'Ashforth et coll. (2007) indique que les personnes peuvent recourir à trois stratégies **offensives** visant à réduire ou neutraliser l'impact de la « souillure de leur emploi », soit le recadrage, le recalibrage et le recentrage. Avec la stratégie du *recadrage*, la personne transforme le sens négatif rattaché à son emploi en se focalisant sur l'honneur ou l'utilité de son rôle pour les autres personnes ou la société, en minimisant ses responsabilités dans son emploi ou en affirmant qu'elle fait simplement son travail. Avec la stratégie du *recalibrage*, une personne met en avant ses compétences et ses habiletés pour démontrer ce que son entourage ou la société ne pourraient pas faire sans elle, la différenciation créant de la valeur pour son emploi. Enfin, une personne peut recourir à la stratégie du *recentrage* en valorisant les avantages compensatoires de son emploi ou de sa profession (salaire, flexibilité des horaires, sécurité, etc.) ou en prenant une distance par rapport à son propre rôle pour se protéger.

### 1.3.2. Les stratégies défensives

- 14 Ashforth et coll. (2007) recensent aussi diverses stratégies de nature **défensive** permettant aux personnes de s'adapter à la teinte négative de leur profession, comme utiliser l'humour noir, se résigner, se comparer avec d'autres personnes perçues encore plus négativement ou contester la crédibilité des personnes qui manifestent des stigmates à leur égard. Ainsi, le recours à l'humour noir libère des tensions et améliore l'estime de soi. Une personne peut aussi se résigner et accepter ses limites, son incapacité d'agir, ou encore réduire ses attentes envers son emploi de manière à ressentir une moins grande déception. De même, elle peut tenter de se consoler ou de se valoriser en se comparant avec d'autres personnes ou d'autres groupes. Elle peut également contester la légitimité des personnes qui la critiquent ou tenter d'échapper aux aspects stigmatisants de son travail en refusant de faire certaines actions, en retenant des informations, etc.
- 15 Si les gestionnaires de la santé éprouvent une certaine menace à leur identité, il apparaît intéressant d'explorer la manière dont ils parviennent à sauvegarder leur estime personnelle et de groupe.

## 2. Méthodologie de recherche

- 16 Cette étude exploratoire s'appuie sur des entretiens semi-dirigés en profondeur menés auprès de neuf gestionnaires de la santé. La sélection des gestionnaires a été faite sur la base des connaissances personnelles d'une des chercheuses (qui est gestionnaire de la santé) et de suggestions qui leur ont été adressées. Nous avons tenté de trouver des répondants relevant de différents niveaux hiérarchiques, de différents lieux de pratique, détenant diverses expertises et ayant suivi diverses trajectoires d'accès à la profession. En amont de l'entrevue, un questionnaire a été transmis aux participants par voie électronique, et ce, afin de nous permettre de colliger des données sur leur âge, le titre de leur poste, le nombre d'années dans leur poste actuel, leur niveau hiérarchique, le

nombre d'années d'expérience à titre de gestionnaire et leur niveau de scolarité (voir le tableau 1).

**TABLEAU 1 : PROFIL DES GESTIONNAIRES DE SOINS PARTICIPANTS**

Sujet	Sexe	Âge	Profession	Org.	Titre	Niveau hiér.	Anc. dans le poste	Années d'exp. en gestion	Études
S1	M	55	Médecin	Clinique	Directeur général	Cadre supérieur	21 ans	21	Médecine, spécialité
S2	F	36	Infirmière	CSSS	Conseillère	Cadre intermédiaire	4 ans	11	2 <sup>e</sup> cycle
S3	F	53	Gestionnaire	CSSS	Adjointe à la DSP	Cadre intermédiaire	6 ans	23	2 <sup>e</sup> cycle
S4	F	51	Infirmière	CH	Directrice	Cadre supérieure	2,5 ans	25	2 <sup>e</sup> cycle
S5	M	52	Gestionnaire	CSSS	Directeur	Cadre supérieur	4 mois	10	2 <sup>e</sup> cycle
S6	F	56	Infirmière	CH	Directrice générale	Cadre supérieure	2,5 ans	21	1 <sup>er</sup> cycle
S7	F	58	Infirmière	CSSS	Directrice	Cadre supérieure	8 ans	15	1 <sup>er</sup> cycle
S8	F	46	Sexologue	CSSS	Chef	Cadre intermédiaire	10 mois	10	1 <sup>er</sup> cycle
S9	M	51	Médecin	Centre de réadaptation	Directeur	Cadre supérieur	3 ans	21	Médecine, spécialité, Post-doctorat

Org. : Organisation; Hiér. Hiérarchique; Anc. : Ancienneté; Exp. : expérience; CSSS : Centre de santé et de services sociaux ; DSP : Direction des services professionnels ; CH : Centre hospitalier.

- 17 Le profil des répondants se présente ainsi : six femmes et trois hommes dont l'âge varie de 36 à 58 ans (moyenne de 51 ans) et dont le nombre d'années d'expérience en gestion varie de 10 à 25 ans. Les gestionnaires ont tous une formation initiale liée à la santé ou à la relation d'aide. Ainsi, on compte deux médecins, quatre infirmières, un travailleur social, un expert en sciences appliquées et une sexologue. Parmi ces personnes, trois occupent une position de cadre intermédiaire et six, de cadre supérieur.
- 18 Notre étude exploratoire se fonde sur ce que l'on peut qualifier de « récits de vie » (Sanséau, 2005) ou d'analyse narrative jugée appropriée pour analyser des phénomènes liés à la carrière comme l'identification professionnelle (Cohen, 2006). Notre grille

d'entrevue s'inspire des grilles utilisées par d'autres chercheurs qui ont analysé le processus émotionnel intervenant dans la construction identitaire auprès d'autres professions, notamment les enseignants (Cattonar, 2006 ; Duval, 2011 ; Cascón-Pereira et Hallier, 2012). Nos entretiens ont exploré quatre grands thèmes : 1) l'identité professionnelle : en formulant la question « Que faites-vous dans la vie ? », nous invitons les participants à se définir et à nous entretenir de leurs principaux rôles ; 2) le rapport à la profession : nous avons abordé le choix de la profession en cherchant à connaître les motivations des personnes à devenir gestionnaires et à saisir la place qu'elles croient occuper dans la société ; 3) les menaces identitaires : en invitant les participants à partager leurs difficultés, nous avons cherché à découvrir la présence de stigmates associés à la profession et à la manière dont ils se manifestent ; et 4) les stratégies pour réagir ou se défendre face à ces menaces. Les entretiens ont duré entre 35 et 75 minutes, les gestionnaires ayant reçu une copie de nos questions d'entrevue au préalable, par courriel, afin qu'ils puissent mieux se préparer.

- 19 Toutes les entrevues ont été menées par une des coauteures, enregistrées et retranscrites pour une meilleure appréciation. Par la suite, les deux chercheuses ont analysé le texte des entrevues en déterminant ou en codant manuellement les segments du texte liés à des variables préétablies ou émergentes, puis se sont entendues sur un regroupement (Altheide, 1987 ; Silverman, 1993). Cette analyse de contenu, de nature réflexive et interactive, a permis d'examiner les informations écrites en fonction de catégories de variables préétablies (p.ex., les stigmates vécus ou ressentis, les stratégies réactives ou défensives), mais aussi en fonction d'autres variables pouvant émerger des entrevues selon un processus de réduction et d'interprétation (Manning et Cullum-Swan, 1994 ; Marshall et Rossman, 1989).

### 3. Résultats de la recherche

#### 3.1. L'IDENTITÉ PROFESSIONNELLE : DÉFINITION ET RÔLE

- 20 À la question « Que faites-vous dans la vie ? », à l'exception des deux médecins qui se sont présentés comme des « médecins spécialistes » occupant une fonction de gestion, tous se sont d'abord définis comme des « gestionnaires » (S3, S5, S7) ou comme des personnes travaillant « à la gestion de » (S4), soit en utilisant un verbe d'action (« je dirige », S6), ou le titre de leur emploi (« conseillère », « chef d'administration de programmes », S2, S8). Outre la position de gestionnaire, une participante (S2) s'est définie d'abord comme une « infirmière ». D'ailleurs, les infirmières-gestionnaires rencontrées ont conservé leur adhésion à leur ordre professionnel.
- 21 Lorsqu'on interroge les participants sur leur parcours professionnel, tous ceux qui ont choisi leur profession initiale dans le domaine des soins (médecin, infirmière, travailleur social, etc.) disent l'avoir fait pour aider, se sentir utiles à leurs yeux et appréciés par les autres personnes et aussi pour la sécurité d'emploi, le fait de pouvoir exercer leur profession partout. Comme l'a noté un participant, la profession lui permettait de bénéficier d'une aura positive, celle d'être une « bonne » personne aux yeux des parents et des autres.
- « J'ai un côté altruiste assez fort. » (Médecin, directeur général, S1)  
 « Je voulais aider. » (Gestionnaire, adjointe à la Direction des services professionnels, S3)



« Le sentiment d'utilité pour moi est fondamental. J'ai toujours eu besoin de me sentir utile dans ma vie personnelle et ma vie professionnelle. » (Infirmière, directrice, S4)

« C'est une profession honorable avec un emploi assuré partout dans le monde. Je voulais une sécurité d'emploi. Après trois ans de formation au collège, je pouvais être autonome financièrement et mes parents étaient fiers de mon choix. » (Infirmière, directrice, S4)

« Les gens ressentent de la sympathie pour les infirmières. Ça rejoignait mes valeurs et je sentais que j'étais une « bonne » personne. » (Infirmière, directrice générale, S6)

Les rôles mentionnés par les gestionnaires de la santé rencontrés trouvent un écho dans « l'infinie diversité de la gestion » (Mintzberg, 2010) et résultent des contextes.

## 22 Ceux-ci ne sont pas mutuellement exclusifs ; les gestionnaires assument plusieurs rôles :

Services : « Je dois m'assurer de la réalisation de l'offre de services » (S5, S7).

Direction : « Mon rôle, c'est de diriger, de communiquer une vision de l'endroit où l'on s'en va » ou « de donner une direction » (S5).

Réflexion : « Mon rôle consiste à étudier, à analyser » (S2) ; « Je joue un rôle stratégique » (S3, S5).

Fiduciaire : « J'ai un rôle réglementaire – règles de fonctionnement, nouveaux standards, bonnes pratiques cliniques », « gestion des risques » (S4, S6, S9).

Mobilisation : « Je dois réconcilier les équipes interdisciplinaires » (S4)

« Je coordonne l'ensemble des ressources de l'hôpital » (S6)

« Je dois veiller à ce que tout le monde est heureux » ; (S1)

« Je soutiens mes gestionnaires » (S7, S1).

« Je fais tout » (S8).

## 23 Les motivations ou les raisons pour lesquelles les participants sont devenus gestionnaires de la santé varient également. Ceux qui ont une formation initiale dans le secteur des soins rapportent qu'un poste de gestion leur a permis d'utiliser des compétences ou des talents qu'ils ont découverts en cours de carrière, ou leur a donné le potentiel ou le pouvoir de changer des choses :

« Nous assumions le rôle de gestionnaire à tour de rôle. Lorsque ça a été mon tour, je me suis découvert un talent et la clinique est devenue mon bébé. » (Médecin, directeur général, S1)

« Il a fallu que j'occupe un poste de gestion pour découvrir que j'étais comme un poisson dans l'eau et que j'aimais cela. » (Sexologue, chef, S8)

« J'aimais le terrain, mais j'aime aussi prendre des décisions et j'ai des habiletés différentes de celles de mes collègues. » (Infirmière, conseillère, S2)

« Le milieu des soins est très normé, contraignant et ne laisse pas de place à la créativité et à l'initiative. La seule façon pour moi d'amener des changements était de devenir infirmière-chef. » (Infirmière, directrice, S4)

## 3.2. LES STIGMATES VÉCUS PAR LES GESTIONNAIRES DE LA SANTÉ

### 24 Tous les gestionnaires de la santé ont indiqué qu'ils exerçaient un métier difficile, ingrat à bien des égards. À leurs yeux, de nombreuses personnes au sein des établissements de santé entretiennent des préjugés négatifs à leur endroit, notamment le personnel de soins, et plus particulièrement les médecins. Les gestionnaires de la santé rencontrés ressentent aussi la critique de la population envers eux, notamment à travers tout ce qui est communiqué sur le système de santé dans les journaux, à la radio, à la télévision, etc. Pris entre diverses catégories de personnel, tant les professionnels que les employés syndiqués, ils sont un peu les boucs émissaires « sans cœur » qu'on critique ou harcèle à

cause de tous les maux observés dans les établissements de santé. Voici certains extraits évocateurs sur le sujet.

« C'est un travail ingrat. On est toujours entre l'arbre et l'écorce : il y a une cinquantaine d'employés à contenter et 13 patrons qui s'attendent à ce qu'on livre la marchandise dans l'harmonie avec le moins de problèmes, de plaintes et de dépenses imprévues possible. » (Médecin, directeur général, S1)

« Je sens les préjugés lorsque des dossiers avancent moins bien et qu'ils ne sont pas compris par le groupe des médecins. C'est alors la faute de l'administration. Cette réaction est blessante. Il y a des journées où je me dis que je n'ai quand même pas fait une maîtrise pour me faire rabrouer, sans le moindre respect ! Quand j'entends à la radio ou à la télévision ou que je lis dans les journaux telle chose qui se passe dans tel établissement, je sais que ça donne une mauvaise image de nous à la population. » (Gestionnaire, adjointe à la Direction des services professionnels, S3)

« On me disait de postuler pour des postes de gestion. Je ne voulais pas parce que je connaissais beaucoup de gestionnaires qui avaient démissionné ou qui étaient partis en congé de maladie, brûlés par leurs difficultés avec les syndicats, les employés, etc. » (Gestionnaire, directeur, S5)

« On est une bonne cible parce qu'on est très seuls par rapport à ce qu'on vit. On est très critiqués. » (Infirmière, directrice, S7)

« Dans les médias, on est toujours perdants, on est coupables si on parle et si on ne parle pas. Quand je lis ou vois les situations médiatisées, je me déssole en imaginant ce que le directeur général doit vivre et j'espère qu'il a des collègues pour le soutenir. Le problème peut venir de l'extérieur, mais il y a aussi des cultures de gestion interne du type « On va avoir la tête de cette personne ! » C'est comme si on se disait : ces gestionnaires ne sont pas tuables, ils font un travail de sans-cœur et on peut s'attaquer à eux. » (Infirmière, directrice générale, S6)

- 25 Au sein de leur établissement, les gestionnaires de la santé rencontrés en viennent tous à parler de leurs relations plus difficiles avec les médecins. Ces derniers entretiennent des préjugés négatifs à leur égard, remettent en question leurs compétences, méprisent leur rôle, etc. Les stigmates qu'entretiennent les médecins semblent aussi ressentis plus clairement par les gestionnaires qui ne détiennent pas un diplôme dans le domaine des soins. Les infirmières et surtout les médecins qui assument des responsabilités de gestion semblent protégés de la souillure morale et paraissent profiter d'un atout de crédibilité et de prestige lié à leur formation en santé. Les médecins-gestionnaires semblent aussi se juger à part et comprendre pourquoi les gestionnaires qui ne sont pas médecins, comme eux, ont une relation plus difficile qu'eux avec les médecins de l'établissement.

« Si on ne travaille pas en cogestion avec les médecins, c'est moins complexe et notre rôle est clair : on est le patron. Moi, je dois gérer avec les médecins. Pour de nombreux médecins, les gestionnaires sont inutiles, ils signent les feuilles de présence, achètent le matériel, etc. Pour eux, nous sommes de trop et ils devraient gérer. » (Gestionnaire, directeur, S5)

« Aux yeux des professionnels rattachés aux soins, le personnel administratif grossit toujours alors qu'eux doivent jongler avec des pénuries de personnel. Le corps médical ne tient pas les administrateurs en haute estime. Par contre, au niveau individuel, on a des relations très cordiales. Les médecins dénigrent l'administration en me disant : « Je ne parle pas de toi ». » (Infirmière, directrice, S4)

« Souvent, les médecins ne se sentent pas compris par les gestionnaires et ils estiment que ces derniers ne savent pas de quoi ils parlent. Les médecins peuvent avoir raison étant donné que certains cadres sont déconnectés de la réalité. Ils ont plus de respect pour le directeur des services professionnels parce que c'est un collègue médecin. Ce sont les médecins qui ont le pouvoir. » (Médecin, directeur, S9)

« Certains gestionnaires ont la tête dans les nuages dans leurs bureaux, loin du terrain. Ils apprennent sur les bancs d'école et ils gèrent comme dans les livres, alors que ce n'est pas cela qu'il faut faire pour être opérationnel dans la vraie vie. » (Médecin, directeur général, S1)

- 26 Toutefois, si être médecin facilite la tâche d'un gestionnaire, un médecin-gestionnaire sent que son identité hybride nuit à ses relations avec les médecins, ces derniers le percevant un peu moins comme l'un des leurs et davantage comme un gestionnaire.

« Comme directeur des services professionnels, on reçoit des consignes du Ministère [le ministère de la Santé et des Services sociaux] et on doit faire cheminer son groupe de médecins dans cette direction. C'est le travail le plus ingrat dans le réseau de la santé. Il y a un groupe de « pitbulls » : les médecins qui ont un gros ego. Je dois développer mes habiletés politiques. À l'interne, il est toujours très délicat de se confier et de discuter. Je consulte le directeur des ressources humaines sur des aspects stratégiques et politiques parce que c'est une personne de confiance habituée à gérer des situations difficiles. Quand les médecins sont mécontents de l'administration, la Direction des services professionnels se trouve toujours entre l'arbre et l'écorce. » (Médecin, directeur, S9)

### 3.3. LES STRATÉGIES UTILISÉES POUR ATTÉNUER LES EFFETS DES STIGMATES

- 27 Nos entrevues confirment que les gestionnaires ont recours à diverses stratégies offensives et défensives pour contrer les stigmates à leur égard.

- 28 **Les stratégies offensives :** Le recadrage, le recalibrage et le recentrage semblent effectivement des stratégies offensives permettant de réviser leur profession aux yeux des gestionnaires de la santé.

- 29 **Le recadrage :** Pour contrer la souillure de « bureaucrates sans cœur », la plupart des gestionnaires tendent plutôt à avancer qu'ils font leur devoir. Ils valorisent le courage ou la force que leur emploi exige pour prendre des décisions difficiles, appliquer la discipline, etc. Pour certains, les gestionnaires de la santé qui ont du mal à exercer leur rôle avec rigueur ne sont pas à leur place, puisque l'emploi consiste justement à devoir prendre des décisions difficiles et non pas à être aimés par le personnel.

« Je suis une missionnaire qui doit résoudre d'importantes difficultés et prendre des décisions pour le client ; je ne suis pas là pour rayonner. Je suis payée pour faire ce travail. Je me sens comme la curatelle publique. Je m'en tiens au rôle déterminé par la direction. » (Infirmière, conseillère, S2)

« Je trouve pénible de voir des gestionnaires qui ont de la difficulté à faire preuve de rigueur, à jouer leur rôle de gestionnaire de fonds publics. On n'est pas là pour gagner un concours de popularité, même si ça nous dérange, nous blesse et nous attriste. Être un agent de changement est exigeant. Nous ne sommes pas toujours populaires et nous devons parfois agir à l'encontre de nos valeurs. Mais lorsqu'on regarde ce qu'on a fait, on est satisfaits de nos accomplissements. » (Infirmière, directrice, S7)

« Il faut une bonne armure. On essaie de bâtir et de consolider, mais des personnes boycottent certains processus par méchanceté ou par ignorance. Il faut une aptitude à l'entrepreneuriat et être coriace. Ça prend des consensus et de la démocratie, mais à un certain moment, on doit foncer même si certaines personnes ne sont pas contentes. » (Gestionnaire, directeur, S5)

« Il faut apprendre à vivre avec le fait qu'on va déplaire à des gens. On invente et on innove, et cela donne du sens à ma fonction. Je suis contente d'être engagée dans une œuvre plus grande que moi. » (Sexologue, chef, S8)

« Nous sommes des personnes consciencieuses devant adopter des mesures. Ça

prend de la force pour faire ce métier. Mais on nous en demande trop, ce n'est pas normal. » (Infirmière, directrice générale, S6)

- 30 **Le recalibrage.** Pour combattre la teinte négative associée à l'absence de sens moral ou encore à l'inefficience bureaucratique de leur emploi, les gestionnaires disent prêter attention au contenu et à la qualité des communications et des interrelations avec toutes les catégories de personnel. Ils veillent à bien communiquer leurs buts, à prendre en compte les avis et les besoins de chacun, à expliquer leurs rôles, à démontrer du respect envers tous, afin de communiquer la valeur ajoutée et « l'humanité » de leur fonction dans l'établissement et auprès des autres groupes professionnels.

« Les gestionnaires doivent expliquer leurs pratiques et démontrer leur valeur ajoutée ou leur efficacité en se comparant avec des gestionnaires d'organisations semblables. » (Infirmière, directrice, S4)

« J'essaie d'expliquer la situation pour qu'ils comprennent. J'adopte différentes stratégies pour ne pas nuire aux relations de travail, mais ça demande beaucoup, c'est stressant. » (Gestionnaire, adjointe à la Direction des services professionnels, S3)

« J'ai instauré des pratiques de communication continue pour me rapprocher des employés, des médecins, des cadres. J'essaie d'être transparente. Il faut communiquer davantage l'humanité de notre fonction. » (Infirmière, directrice générale, S6)

- 31 Par ailleurs, pour contrer la souillure de bureaucrates inefficients et sans cœur des gestionnaires de la santé font plutôt valoir le fait que leurs habiletés et leurs compétences particulières, comme leur sens politique, sont essentielles au bon fonctionnement de leur établissement ou du système de la santé.

« S'il n'y avait pas de gestionnaires ou d'instances de gestion, qui réglerait les conflits politiques ? » (Médecin, directeur, S9)

- 32 **Le recentrage.** Certains gestionnaires de la santé tentent de réduire la portée de leur « sale boulot » en centrant leur attention sur les avantages compensatoires de leur travail comme le salaire, la flexibilité des horaires, la sécurité d'emploi, les avantages sociaux et de retraite ou les possibilités de progression de carrière.

« Je suis contente de ma position. Est-ce que c'est en partie lié aux conditions d'emploi : le salaire, les avantages, la sécurité ? Oui. » (Sexologue, chef, S8)

- 33 **Les stratégies défensives :** Nos entrevues confirment aussi que les gestionnaires ont recours à diverses stratégies défensives pour contrer les stigmates à leur égard, notamment par la constitution de réseaux ou le regroupement, la plainte du manque de pouvoir et la modification des attentes et de rôles.

- 34 **Le regroupement à l'interne ou à l'externe.** Les propos des gestionnaires rencontrés révèlent qu'ils se sentent seuls et croient qu'ils gagnent à se regrouper ou à collaborer ensemble pour s'entraider et contrer la souillure de « bureaucrates sans cœur ». Toutefois, ils déplorent que des caractéristiques des milieux hospitaliers rendent difficile, sinon impossible, la création de relations de confiance entre les gestionnaires de la santé. Certains gestionnaires désapprouvent aussi les modes de fonctionnement qui conduisent à les isoler des autres gestionnaires, ou pire, à les mettre en concurrence. Ainsi, certains participants évoquent la faible sous-culture ou les problèmes du climat, de l'absence d'appui et d'entraide au sein de leur établissement en soulignant leur isolement, le fonctionnement en silo, les batailles politiques, etc. En somme, la cohésion ne semble s'avérer possible qu'à une échelle réduite, comme entre un cadre et sa propre équipe de gestionnaires qu'il défend et appuie.

« Je reste avec mes cadres et je ne les laisse jamais seuls. C'est encore plus difficile pour eux étant donné qu'ils travaillent au quotidien avec les employés. Il faut cesser de nous demander d'être des leaders en concurrence. Des décisions complexes, qui appellent des changements en profondeur, comme la pénurie d'infirmières, les heures supplémentaires ou l'attraction et la rétention de personnes, doivent être prises en équipe. C'est pour cela que le Ministère a éliminé les primes au rendement. » (Infirmière, directrice, S7)

« On travaille en silo chacun dans son groupe. À la cafétéria, il y a la table des médecins, la table des chefs d'unité, la table des physiothérapeutes. » (Gestionnaire, adjointe à la Direction des services professionnels, S3)

« Il y a des enjeux politiques parce que tout le monde défend ses propres intérêts. On est en compétition pour les ressources financières et humaines. Si l'on veut confier à la directrice des ressources humaines qu'on a des difficultés avec ses employés, il faut être sûr qu'elle n'ira pas en parler à la directrice générale. » (Gestionnaire, directeur, S5)

« C'est exigeant parce que nous sommes seuls. Il peut arriver ponctuellement qu'on s'entraide, mais il n'y a pas vraiment de place pour ça. » (Infirmière, directrice, S7)

- 35 Considérant le peu de cohésion professionnelle à l'interne, plusieurs cadres soulignent l'importance de s'appuyer sur un réseau externe pour affronter les difficultés du métier ; il peut s'agir de collègues dans d'autres organismes de santé ou d'autres secteurs, des amis ou des membres de la famille.

« Il faut s'entourer, ne pas s'isoler, avoir un bon réseau de personnes avec qui discuter. J'ai aussi des amis avec lesquels je peux parler d'autre chose que de travail. J'ai une conjointe avec qui je peux parler de mon vécu. À l'École nationale d'administration publique, je peux rencontrer d'autres cadres et partager des expériences. » (Sexologue, chef, S8)

« Il faut avoir un bon réseau d'entraide parce qu'on est seuls dans ce poste. Je suis chanceux, car j'ai gardé un contact avec des collègues que j'avais au MBA. Je me ressourçe aussi en maintenant des liens avec mes anciens patrons. » (Gestionnaire, directeur, S5)

« Dans ma région, nous avons une table des directions des services professionnels où règne la collégialité et un membre ayant 20 ans de carrière a accepté d'être mon mentor. Lorsque j'ai des problèmes, je peux me tourner vers ces appuis. » (Médecin, directeur, S9)

« Ce qui m'aide beaucoup, c'est l'équilibre que je conserve entre les différentes sphères de ma vie. Je maintiens un réseau social à l'extérieur. Je laisse le travail à l'établissement quand je rentre à la maison. » (Infirmière, conseillère, S2)

- 36 **Autojustification par le manque de ressources et de pouvoir.** Pour survivre à la souillure d'être des bureaucrates sans cœur et inefficients, les gestionnaires de la santé rencontrés expriment aussi une certaine résignation leur permettant d'accepter ou de justifier leurs limites, leur absence de choix ou de moyens d'agir. Ce qui leur est reproché ou demandé échappe à leur contrôle ou résulte de décisions prises par d'autres parties prenantes, notamment le gouvernement. La faute ne leur revient pas à eux, mais au ministre ou aux instances politiques.

« Le gouvernement a réduit les coûts en faisant des mises à la retraite massives. On se retrouve avec des pénuries de ressources et il faut consacrer un temps énorme à la formation. Il faut jongler avec peu de ressources. Comment faire une saine gestion quand on a les mains attachées ? » (Médecin, directeur général, S1)

« Plusieurs postes de cadres intermédiaires ont été abolis. J'ai des collègues surchargés qui gèrent près de 300 employés. Il y a des problèmes de relève chez les cadres parce qu'il n'y a plus d'incitation à le devenir pour les employés syndiqués. » (Sexologue, chef, S8)

- 37 **Révision de ses attentes et de ses rôles** : D'autres gestionnaires de la santé survivent malgré la teinte négative de leur emploi en réduisant leurs attentes envers les personnes avec lesquelles ils interagissent au travail ou en réduisant leurs objectifs au travail afin de diminuer leur déception ou leur insatisfaction.

« Il y a un gros écart entre nos rêves et les possibilités. Il faut réduire nos attentes pour ne pas être déçus et démotivés. On ne fait pas de miracles. » (Gestionnaire, adjointe à la Direction des services professionnels, S3)

« Quand une personne gère ses attentes, elle peut être agréablement surprise. » (Infirmière, directrice, S4)

- 38 Dans le même ordre d'idées, des participants disent chercher à se distancier de leur rôle afin de ne pas prendre les choses trop à cœur et de se protéger. Également, certains estiment qu'il faut accepter ses limites parce qu'on ne peut pas tout faire.

« Il faut prendre ses distances. Je ne peux pas assumer toutes les responsabilités. Comme gestionnaire, je suis chargé de voir dans quelle mesure je peux améliorer les processus en respectant mon enveloppe budgétaire. Il ne faut pas que les directeurs des services professionnels en fassent une affaire personnelle, sinon ils sauteraient tous du dixième étage ! » (Médecin, directeur, S9)

« Il faut voir l'ensemble, pas seulement la partie qui ne marche pas. Tout ne repose pas sur moi. » (Gestionnaire, directeur, S5)

## 4. Discussion et conclusion

- 39 Cette étude exploratoire montre que les gestionnaires de la santé ressentent des menaces à leur identité et recourent à diverses stratégies pour y survivre.

### 4.1. LA SOUILLURE MORALE DE L'EMPLOI DE GESTIONNAIRE DE LA SANTÉ

- 40 Lorsqu'on analyse les propos des gestionnaires de la santé rencontrés, on constate que leur rôle s'avère un « sale boulot » teinté négativement principalement sur le plan moral (Ashforth et coll., 2007 ; Ashforth et Kreiner, 1999). En effet, les gestionnaires de la santé se sentent perçus comme des bureaucrates « sans cœur » ou « sans humanité » qui font des gestes difficiles et prennent des décisions importantes en étant indifférents ou insensibles à leurs incidences sur le bien-être du personnel et de la population (« Ils font un travail de sans-cœur »). En somme, le gestionnaire accomplit un travail de bureaucratie sans cœur, préoccupé ou obsédé par les coûts et les budgets dans une institution bienveillante, humaine et ayant une âme.
- 41 Nos entretiens montrent que dans leur établissement, l'attitude, les comportements et les paroles du personnel à l'égard des gestionnaires de la santé sont souvent odieux, irrespectueux et menaçants, car ils sont perçus comme des bureaucrates inhumains (« On va avoir la tête de cette personne ! » C'est comme si on se disait : ces gestionnaires ne sont pas tuables, ils font un travail de sans-cœur et on peut s'attaquer à eux », « On est une bonne cible »). Ces attaques contre leur identité menacent l'estime de soi des gestionnaires de la santé et en font des souffre-douleur (« Me faire rabrouer, sans le moindre respect ! », « Cette réaction est blessante »).
- 42 Jugés à l'origine de tous les maux, les gestionnaires de la santé déplorent qu'on leur demande l'impossible. À l'externe comme au sein de leur établissement, ils sentent qu'ils

font face à des demandes trop exigeantes de la part de plusieurs personnes (« On nous en demande trop, ce n'est pas normal », « Ils sont brûlés par leurs difficultés »). Leur charge de travail apparaît inhumaine, voire impossible à remplir :

« On est toujours entre l'arbre et l'écorce : il y a une cinquantaine d'employés à contenter et 13 patrons qui s'attendent à ce qu'on livre la marchandise dans l'harmonie avec le moins de problèmes, de plaintes et de dépenses imprévues possible. »

- 43 Étant donné qu'ils sont perçus par les personnes à l'interne et à l'externe comme ayant peu de sens moral ou de cœur, les gestionnaires de la santé rencontrés disent qu'ils sont des boucs émissaires à qui l'on attribue la responsabilité de tous les problèmes ou de tous les maux du système de la santé et de leur établissement (« C'est un travail ingrat », « Je sens les préjugés lorsque des dossiers avancent moins bien et qu'ils ne sont pas compris par le groupe des médecins. C'est alors la faute de l'administration », « Dans les médias, on est toujours perdants », « Ça donne une mauvaise image de nous à la population »).
- 44 Il semble toutefois que le « sale boulot » soit moins ressenti par les médecins-gestionnaires, ou du moins qu'ils se sentent privilégiés en raison de la crédibilité que leur donne l'appartenance à la profession de médecin, dans la bataille de pouvoir entre les professionnels de la santé et la direction, et de leur habileté à assumer leur rôle. Comme l'a noté un médecin-gestionnaire rencontré, les médecins « ont plus de respect pour le directeur des services professionnels parce que c'est un collègue médecin. Ce sont les médecins qui ont le pouvoir ». Les médecins-gestionnaires sont portés à critiquer la pertinence du rôle des gestionnaires qui ne sont pas diplômés dans les soins. Cette crédibilité ou la connaissance de l'aspect clinique semble agir comme un « bouclier » contre les attaques du personnel de soins, notamment des médecins (Ashforth et coll., 2007) ou encore contre la teinte d'« être un serviteur de la bureaucratie » : « Certains gestionnaires ont la tête dans les nuages dans leurs bureaux, loin du terrain. Ils apprennent sur les bancs d'école et ils gèrent comme dans les livres ». Il apparaît aussi que le caractère « humain » ou bienveillant de la médecine comme profession peut aussi agir comme un bouclier contre la « souillure morale » de l'emploi de gestionnaire. On ne peut pas être à la fois médecin et « sans-cœur », un médecin étant naturellement bienveillant aux yeux de son milieu et de la population.

## **4.2. LA TENSION IDENTITAIRE PROPRE AUX MÉDECINS ET AUX INFIRMIÈRES-GESTIONNAIRES**

- 45 Quoique nous n'ayons interrogé que deux médecins-gestionnaires, les propos qu'ils ont tenus (ils sont « toujours entre l'arbre et l'écorce ») corroborent la « bataille d'identité » qu'ils doivent mener au quotidien et que les chercheurs Joffe et Mackenzie-Davy (2012) ont récemment observée dans leur étude menée auprès de ces gestionnaires qu'ils qualifient d'« hybrides ». Notre étude confirme cette bataille d'identité pour les médecins-gestionnaires, mais aussi pour les infirmières qui, elles aussi, ont une profession jouissant d'une identité positive robuste.
- 46 D'une part, les médecins-gestionnaires comme les infirmières-gestionnaires semblent se sentir différents des gestionnaires de métier et s'identifier à leur confrérie. En effet, à la question « Que faites-vous dans la vie ? », les deux médecins-gestionnaires interrogés se sont présentés comme des « médecins spécialistes » occupant une fonction de gestion. Parmi les infirmières-gestionnaires rencontrées, qui ont toutes conservé leur adhésion à



leur ordre professionnel, l'une d'entre elles a tenu à préciser qu'elle se définissait d'abord comme une « infirmière ». Cette perception est conforme aux résultats des études antérieures ayant analysé les atouts des médecins-gestionnaires en comparaison des gestionnaires qui n'ont pas une formation en santé, notamment leur connaissance du processus clinique, leur crédibilité et leur pouvoir (Hoff, 1999 ; Huxham et Bothams, 1995 ; LeTourneau et Curry, 1997 ; Montgomery, 2011 ; Parker, 2004). À cet égard, les médecins comme les infirmières ne semblent pas se distinguer des autres professionnels qui prennent un poste de gestion. En effet, ce résultat correspond aux recherches antérieures qui ont montré que la conservation de leur identité professionnelle est importante pour les experts de différents groupes professionnels qui prennent un poste de gestionnaire, comme les avocats, les journalistes, les travailleurs sociaux, les policiers ou les enseignants (Butterfield et coll., 2005 ; Connolly et Jones, 2003 ; Farrell et Morris, 2003 ; Russo, 1998 ; Wallace, 1995). Cela a d'ailleurs fait l'objet d'études en profondeur menées auprès d'infirmières-gestionnaires (par exemple, Bolton, 2000) et de médecins-gestionnaires (Kaissi, 2005 ; Joffe et Mackenzie-Davey, 2012). Comme un médecin-gestionnaire l'a exprimé dans une de ces études : « Je suis un médecin. C'est complètement clair. [...] je me vois comme un médecin en gestion et non comme un gestionnaire. Je suis un médecin qui gère, voilà comment je me décris moi-même » (Joffe et Mackenzie-Davey, 2012, p. 162 ; traduction libre).

- 47 D'autre part, les médecins qui acceptent des postes de gestion sont perçus négativement ou avec méfiance par les autres médecins. Ainsi que le rapporte un médecin-gestionnaire rencontré : « C'est le travail le plus ingrat dans le réseau de la santé. Il y a un groupe de « pitbulls » : les médecins qui ont un gros ego. Je dois développer mes habiletés politiques. » Cela est cohérent avec la théorie de l'identité sociale qui prédit que si une personne membre d'un groupe est identifiée comme étant extérieure au groupe, elle peut être perçue comme un « mouton noir » (Hogg et Terry, 2000) par les membres du groupe. À ce jour, un grand nombre d'études réalisées auprès de différents groupes professionnels (par exemple, des enseignants, des médecins, des journalistes) dont l'identité s'avère liée à la profession sont « prédisposés » (Real et Putnam, 2005, p. 94) à résister au contrôle bureaucratique ou procédurier des gestionnaires dont l'identité apparaît plus liée à l'organisation (Gouldner, 1957 ; Hunter, 1994 ; Pratt et coll., 2006 ; Raelin, 1985). Selon Joffe et Mackenzie-Davey (2012), cette ambiguïté de rôle que ressentent les médecins-gestionnaires peut contribuer à expliquer pourquoi certains d'entre eux tiennent à continuer à pratiquer ou à faire de la clinique pour garder le contact ou rester solidaires avec ce groupe professionnel (Causer et Exworthy, 1999). Ainsi, un médecin-gestionnaire dans leur étude dit ceci : « Personnellement, je n'abandonnerais jamais complètement mon rôle clinique. Je suis formé pour être médecin. Je pense que je suis bon pour le faire et que les autres pensent que je suis bon pour le faire, et je ne vais pas perdre cela. [...] C'est un grand privilège d'être un médecin, je suis privilégié et je ne veux pas abandonner cela » (2012, p. 161-162 ; traduction libre).

### 4.3. LES STRATÉGIES POUR RÉDUIRE LES MENACES IDENTITAIRES OU Y SURVIVRE

- 48 Pour contrer la teinte négative associée à l'absence de sens moral ou encore à la lourdeur bureaucratique de leur emploi, les gestionnaires utilisent diverses **stratégies offensives d'idéologie ou de normalisation professionnelle**, notamment le recadrage et le



recalibrage (Ashforth et coll., 2007) surtout pour contrer la souillure de « bureaucrates sans cœur », mais aussi l'« inefficience » ou l'« incompétence ».

- 49 Comme stratégie de recadrage, la plupart des gestionnaires tendent à valoriser le courage ou la force qu'un emploi de « gestionnaire de fonds publics » exige en raison des décisions difficiles qu'il doit prendre, quitte à agir contre la morale (« nous devons parfois agir à l'encontre de nos valeurs ») ou à ne pas être aimés (« Ça prend des consensus et de la démocratie, mais à un certain moment, on doit foncer même si certaines personnes ne sont pas contentes »). Pour certains, les gestionnaires de la santé qui ont du mal à exercer leur rôle avec rigueur ne sont pas à leur place, puisque l'emploi consiste justement à devoir prendre des décisions difficiles et non pas à être aimés par le personnel (« Je trouve pénible de voir des gestionnaires qui ont de la difficulté à faire preuve de rigueur »).
- 50 Le courage de gestion est requis parce que les gestionnaires de la santé rencontrés se voient comme travaillant à une mission plus large (« je suis une missionnaire », « un agent de changement », « engagée dans une œuvre plus grande que moi »), comme essayant de « bâtir », de « consolider » et d'« innover ». Ils résistent aux menaces à leur identité en insistant sur l'importance de leur rôle (« Je joue un rôle stratégique »), sur l'utilité de leur rôle (« S'il n'y avait pas de gestionnaires ou d'instances de gestion, qui réglerait les conflits politiques ? ») et sur les défis importants qu'ils doivent relever (« des décisions complexes, qui appellent des changements en profondeur, comme la pénurie d'infirmières, les heures supplémentaires ou l'attraction et la rétention de personnes »). Relever tous ces défis et assumer ces rôles avec courage leur procure même un sentiment d'« accomplissement », de « satisfaction », ou encore cela « donne du sens » à leur fonction. Découlant des « stigmates positifs du courage de gestion » qu'ils se donnent, les gestionnaires s'attribuent un ensemble de qualités liées au courage de gestion : « Il faut une bonne armure [...], une aptitude à l'entrepreneuriat et être coriace », « des personnes consciencieuses », « de la force ».
- 51 Ce recours des gestionnaires de la santé au concept de « courage » pour atténuer la teinte négative de leur emploi peut se comprendre et être approfondi à la lumière de la documentation sur le courage qui repose sur des théories de diverses disciplines, notamment de l'éthique, de la psychologie et du management. Selon le courant éthique, les philosophes Aristote (IV<sup>e</sup> siècle av. J.-C.) et Platon (V<sup>e</sup> siècle avant J.-C.) ont défini le courage comme étant une vertu cardinale de l'être visant à défendre ce qui est bon et juste (voir la revue de Vadnais, 2013). Des auteurs dans le domaine de la psychologie ont aussi vu dans le courage un trait positif de la personnalité et distingué plusieurs types de courage (Peterson et Seligman, 2004 ; Putman, 1997). Ensuite, la documentation sur le management et sur le leadership propose aussi des écrits prescriptifs ou scientifiques sur le courage, une qualité attendue des gestionnaires (Dalton, 2001 ; Harbour et Kisfalvi, 2008, 2014) associée au développement du leadership transformationnel (Aprigliano, 1999).
- 52 Comme stratégie de recalibrage afin de démontrer leur valeur ajoutée et « l'humanité » de leur fonction, ils disent ainsi porter une attention particulière au contenu et à la qualité des communications (« J'essaie d'être transparente ») et des interrelations avec toutes les catégories de personnel (« J'ai instauré des pratiques de communication continue pour me rapprocher »). De plus, ils veillent à bien communiquer leurs buts, à prendre en compte les avis et les besoins de tous, à expliquer leur rôle (« expliquer leur

valeur ajoutée ou leur efficacité »), à démontrer du respect envers chacun (« J'adopte différentes stratégies pour ne pas nuire aux relations de travail »), etc.

- 53 Finalement, pour « tenir le coup » ou survivre à la souillure d'être des bureaucrates sans cœur et inefficients, les gestionnaires de la santé rencontrés évoquent diverses **stratégies défensives** (Ashforth et coll., 2007). En outre, pour faire face à la souillure du « bureaucrate sans cœur et inefficace », les gestionnaires tentent de protéger les cadres de leur équipe (« Je reste avec mes cadres et je ne les laisse jamais seuls »). Ils indiquent toutefois qu'ils travaillent seuls et souvent en concurrence (« On est en compétition », « nous sommes seuls. Il peut arriver ponctuellement qu'on s'entraide, mais il n'y a pas vraiment de place pour ça »), car chacun cherche à défendre son territoire (« on travaille en silo chacun dans son groupe », « tout le monde défend ses propres intérêts »). Les gestionnaires de la santé reconnaissent qu'ils devraient collaborer davantage, mais que cela est malheureusement difficile, voire impossible, pour diverses raisons contextuelles (« Il faut cesser de nous demander d'être des leaders en concurrence »). En somme, il apparaît que la cohésion professionnelle comme stratégie défensive de survie est peu efficace pour les gestionnaires de la santé rencontrés. Ce résultat est conforme à ceux d'autres études qui révèlent que les gestionnaires de la santé ne sont pas une « communauté professionnelle » étant donné que l'entrée dans ces postes est ouverte à des candidats de différentes formations et expertises et qu'ils manifestent eux-mêmes peu de cohésion sur le plan de l'identité professionnelle (Kaissi, 2005 ; Shortell, 1991). Dans une lettre adressée au journal *Le Devoir* juste avant de se suicider, le directeur général de Saint-Charles-Borromée, un centre d'hébergement de soins de longue durée, évoquait entre autres la solitude des dirigeants des établissements et le besoin de se regrouper face à des instances politiques peu aidantes (voir l'étude de Lalonde et Roux-Dufort, 2012).
- 54 En réaction au fait que les fondements de la communauté professionnelle de gestionnaires de la santé sont fragiles, vagues, voire inexistantes au sein des établissements, plusieurs cadres soulignent l'importance de s'appuyer sur un réseau externe pour affronter les difficultés du métier ; il peut s'agir de collègues dans d'autres organismes de santé ou d'autres secteurs, des amis ou des membres de la famille. Il importe aussi d'équilibrer les sphères de sa vie (« Je laisse le travail à l'établissement quand je rentre à la maison »).
- 55 Finalement, comme stratégie défensive, les gestionnaires rencontrés mettent en avant les limites de leur pouvoir, le peu de contrôle qu'ils exercent sur les ressources et le fait d'avoir à assumer les effets négatifs de mauvaises décisions prises par le gouvernement (« Comment faire une saine gestion quand on a les mains attachées ? », « Il y a des problèmes de relève »). D'autres gestionnaires de la santé survivent malgré la teinte négative de leur emploi en réduisant leurs attentes envers les personnes avec lesquelles ils interagissent au travail, en réduisant leurs objectifs au travail afin de diminuer leur déception ou leur insatisfaction, en tentant de ne pas prendre les choses trop à cœur (« Il faut prendre ses distances ») ou en considérant les problèmes selon une certaine perspective (« il faut voir l'ensemble, pas seulement la partie qui ne marche pas »). Également, certains estiment qu'il faut accepter ses limites et qu'on ne peut pas tout faire (« On ne fait pas de miracles », « Tout ne repose pas sur moi »).

#### 4.4. APPORTS, LIMITES ET AVENUES DE RECHERCHE

- 56 À notre connaissance, cette étude est la première à explorer la souillure qui teinte l'emploi de gestionnaires de la santé aux yeux de titulaires de cet emploi ayant des profils variés. Nous avons découvert que, en plus d'être teintés négativement comme « bureaucrates inefficients ou incompetents », les cadres rencontrés ressentent surtout une souillure « morale » parce qu'ils sont perçus comme des bureaucrates « sans cœur ». Face à cette souillure, les gestionnaires rencontrés apparaissent tiraillés : d'une part, ils trouvent cela difficile et réclament d'être perçus comme « humains » et, d'autre part, ils définissent que leur rôle est justement d'être fermes et capables de prendre des décisions difficiles quitte à déplaire. Il serait intéressant d'analyser ce dilemme à la lumière de la théorie de conflit de rôle (Kahn et coll., 1964) qui survient lorsque les rôles au travail requièrent d'une personne qu'elle fasse des choses incohérentes avec ses croyances, ses valeurs et son concept de soi. Il serait important d'explorer comment la culture sociale actuelle de performance et de contrôle des coûts (De Gaulejac, 2003), en pressant les gestionnaires de laisser une partie d'eux-mêmes à la porte de leur établissement au quotidien, nuit à leur bien-être, leur estime de soi et leur stress (Pfeffer, 2003). Dans la même lignée, le sociologue Dejours (2000) explique comment pour survivre, des gestionnaires peuvent déployer des stratégies de défenses qui rendent acceptable ce qui ne devrait pas l'être. Le discours sur le « courage managérial » gagnerait à être aussi exploré sous cette perspective sociologique.
- 57 Par ailleurs, alors que les études antérieures ont surtout analysé les différences d'identité entre les gestionnaires et les médecins (Rivers et coll., 1997 ; Rundall et coll., 2004), cette étude laisse entendre que la teinte négative de l'emploi de gestionnaires de soins est moins lourde pour les professionnels de la santé qui occupent un poste de gestion (comme les médecins et les infirmières) que pour les gestionnaires de carrière. Il est nécessaire d'explorer ce résultat parce que la recherche insiste sur l'importance de l'identité dans la compréhension des interactions négatives entre des groupes professionnels (comme les artistes et les gens d'affaires, les employés et les gestionnaires) et que ces conflits d'identités de groupe sont plus susceptibles de se multiplier lorsque les rôles professionnels et non professionnels sont davantage interdépendants (Fiol et coll., 2009), ce qui caractérise les interrelations des gestionnaires de la santé dans leur établissement.
- 58 Cette étude est aussi la première à analyser les stratégies qu'utilisent les gestionnaires de la santé pour réduire la souillure ou s'en défendre. En outre, ils invoquent le « courage », un concept jugé positivement sur les plans de l'éthique, de la psychologie et de la gestion. Ils cherchent aussi à déployer des compétences « humaines et interpersonnelles » et ils tendent à expliquer leurs rôles pour valoriser leurs fonctions et réduire la souillure de leur emploi. Ils utilisent également diverses stratégies de survie, comme le détachement et le recours à un réseau externe, pour survivre. Des études futures devraient approfondir ces stratégies de survie et analyser comment les employeurs peuvent appuyer les gestionnaires de la santé à ces égards.
- 59 Bien que cette étude innove en adoptant une approche psychologique centrée sur le vécu des gestionnaires de la santé, il importe de reconnaître ses limites. En particulier, le nombre restreint et non représentatif de participants à cette étude ne permet pas d'en généraliser les résultats. Si nous avons tenté de rencontrer des gestionnaires qui

occupaient des postes variés dans différents établissements de la santé afin d'enrichir les opinions (formation, ancienneté dans le poste, niveau hiérarchique, etc.), des études futures pourraient se concentrer sur un profil, un poste de gestionnaire ou un type d'établissement. Aussi, un échantillon plus vaste devrait montrer que le processus d'identification sociale et professionnelle des gestionnaires de la santé est aussi fonction de leur contexte d'exercice (notamment l'environnement politique et économique), du type d'établissements de soins et de leurs expériences personnelles.

- 60 Si cette étude exploratoire ne peut prétendre être une étude extensive sur le sujet, elle ouvre la voie à d'autres recherches permettant d'examiner dans quelle mesure les mécanismes d'adaptation au niveau individuel sont liés aux mécanismes d'adaptation au niveau du groupe, et par quels moyens les réponses individuelles peuvent s'institutionnaliser parmi les gestionnaires de la santé. Nous pourrions également comparer les stigmates associés à la profession de gestionnaire de la santé à ceux qu'éprouvent les gestionnaires dans d'autres secteurs comme celui de l'éducation. Enfin, selon l'expérience des gestionnaires de soins rencontrés, certaines organisations du milieu de la santé réussissent mieux que d'autres à atténuer la prépondérance de la souillure de leur travail, à gérer les conflits intergroupes. Aussi, une voie de recherche prometteuse consisterait à découvrir quelles pratiques institutionnelles ou de supervision facilitent la construction d'une identité professionnelle positive parmi les gestionnaires des organisations de la santé. Ainsi, on peut penser que le processus de dotation des postes de gestionnaires de la santé devrait être amélioré afin de s'assurer que ces derniers ont les compétences requises pour faire face aux menaces identitaires ou qu'il faut donner de la formation et du *coaching* aux gestionnaires de la santé pour qu'ils acquièrent une identité plus positive et puissent atténuer les menaces identitaires. De même, il est possible d'examiner comment les directions des établissements de la santé peuvent mieux communiquer la valeur des gestionnaires de la santé, surtout de ceux qui n'ont pas une formation en santé.
- 61 Pour terminer, on observe que les groupes professionnels (comme les médecins ou les infirmières) tout autant que le groupe de gestionnaires ne sont pas homogènes (Farrell et Morris, 2003 ; Kitchener et Whipp, 1997). Certains auteurs remarquent qu'en pratique les combats entre eux ne sont pas si clairs et que plusieurs études alimentent des stéréotypes (Sutherland et Dawson, 1998). Or, on constate qu'il existe des compromis et des alliances entre ces groupes (McKee et coll., 1999) et que les divisions entre les gestionnaires et les professionnels dans les organisations s'érodent étant donné que les professionnels sont de plus en plus nombreux à assumer des postes de gestion (Causer et Exworthy, 1999 ; Exworthy et Halford, 1999). De même, les défis importants qu'ils ont à relever nécessiteront plus de collaboration entre tous les groupes professionnels au sein des établissements de santé (Joffe et MacKenzie-Davey, 2012 ; Kaissi, 2005). Les études futures pourraient investiguer les facteurs individuels, culturels et organisationnels susceptibles d'influencer les perceptions des gestionnaires de la santé. Il serait aussi intéressant d'examiner comment les perceptions des gestionnaires de la santé à l'égard de leur rôle tout autant que leurs stratégies pour réduire les menaces identitaires évoluent avec le temps passé dans leur poste.

---

## BIBLIOGRAPHIE

- Altheide, D.L. (1987). Ethnographic content analysis. *Qualitative Sociology*, 10, 1, 65-77.
- Aprigliano, T.C. (1999). The Experience of Courage Development in Transformational Leaders. Thèse de doctorat, Sarasota, FL., University of Sarasota, ABI/INFORM Complete, 152 p.
- Arthur, M.B., Inkson, K., Pringle, J.K. (1999). *The New Careers : Individual Action and Economic Change*, Londres, Sage.
- Ashforth, B., Kreiner, G. (1999). « How can you do it ? » : Dirty work and the challenge of constructing a positive identity. *Academy of Management Review*, 24, 3, 413-434.
- Ashforth, B., Kreiner, G., Clark, M., Fugate, M. (2007). Normalizing dirty work : Reducing the salience of occupational stigma. *Academy of Management Journal*, 50, 1, 149-174.
- Benveniste, G. (1987). *Professionalizing the Organization : Reducing Bureaucracy to Enhance Effectiveness*, San Francisco, Jossey-Bass.
- Bolton, S.C. (2000). Nurses as managers : Between a professional rock and an HRM hard place. *Human Resources Development International*, 3, 2, 229-234.
- Brocklehurst, M., Grey, C., Sturdy, A. (2009). Management : The work that dares not speak its name. *Management Learning*, 41, 1-13.
- Butterfield, R., Edwards, C., Woodall, J. (2005). The new public management and managerial roles : The case of the police sergeant. *British Journal of Management*, 16, 329-341.
- Cascón-Pereira, R., Hallier, J. (2012). Getting that certain feeling : The role of emotions in the meaning, construction and enactment of doctor managers' identities. *British Journal of Management*, 23, 130-144.
- Cattonar, B. (2006). Convergence et diversité de l'identité professionnelle des enseignantes et des enseignants du secondaire en Communauté française de Belgique : tensions entre le vrai travail et le sale boulot La revue Éducation et francophonie, Association canadienne d'éducation de langue française, XXXIV (1), printemps.
- Causser, G., Exworthy, M. (1999). Professionals as managers across the public sector. Dans Exworthy, M., Halford, S. (dir.), *Professionals and the New Managerialism in the Public Sector*, Buckingham, Open University Press.
- Clarke, C.A., Brown, A.D., Hailey, V. (2009). Working identities ? Antagonistic discursive resources and managerial identity. *Human Relations*, 62, 3, 323-352.
- Cohen L. (2006). Remembrance of things past : Cultural process and practice in analysis of career stories. *Journal of Vocational Behavior*, 69, 2, 189-201.
- Connolly, M., Jones, N. (2003). Constructing management practice in the new public management : The case of mental health managers. *Health Services Management Research*, 16, 203-210.
- Dalton, L.C. (2001). Thinking about tomorrow : Bringing the future to the forefront of planning. *Journal of the American Planning Association*, 67, 4, 397-401.
- De Gaulejac, V. (2005). *La société malade de la gestion, Série Société humaine*, Seuil.

- Dejours, C. (2000). *Souffrance en France, la banalisation de l'injustice sociale*, Seuil.
- Dubar, C. (2002). *La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles*, Paris, Armand Colin.
- Duval, H. (2011). *Construction identitaire d'enseignantes de la danse en milieu scolaire. Sphères de négociations des tensions et des stratégies identitaires*, thèse de doctorat, Montréal, Université de Montréal, février.
- Exworthy, M., Halford, S. (1999). Professionals and managers in a changing public sector : Conflict, compromise and collaboration ? Dans Exworthy, M., Halford, S. (dir.), *Professionals and the New Managerialism in the Public Sector*, Buckingham, Open University Press.
- Farrell, C., Morris, J. (2003). The "neo-bureaucratic" state : Professionals, managers and professional managers in schools, general practices and social work. *Organization*, 10, 1, 129-156.
- Fine, G.A. (1996). Justifying work : Occupational rhetorics as resources in restaurant kitchens. *Administrative Science Quarterly*, 41, 1, 90-115.
- Fiol, C.M., Pratt, M.G., O'Connor, E.J. (2009). Managing intractable identity conflicts. *Academy of Management Review*, 34, 1, 32-55.
- Gecas, V., Burke, P.J. (1995). Self and identity. Dans Cook, K.S., Fine, G.A., House, J.S. (dir.), *Sociological Perspectives on Social Psychology*, Needham Heights, Mass., Allyn and Bacon, 336-338.
- Gouldner, A.W. (1957). Cosmopolitans and locals : Toward an analysis of latent social roles. *Administrative Science Quarterly*, 2, 281-306.
- Guerrero, S., Maisy-Marengo, N. (2012). Comment donner du sens à un « sale boulot » ? *Gestion*, 36, 4, 76-84.
- Hall, D.T. (1987). Careers and socialization. *Journal of Management*, 13, 2, 301-322.
- Harbour, M., Kisfalvi, V. (2008). Le courage des leaders, *Gestion*, 33, 2, 74-82.
- Harbour, M., Kisfalvi, V. (2014). In the Eye of the Beholder : An Exploration of Managerial Courage. *Journal of Business Ethics*, 119, 493-515.
- Hoff, T.J. (1999). The paradox of legitimacy : Physician executives and the practice of medicine. *Health Care Management Review*, 2, 4, 54-64.
- Hogg, M.A., Terry, D.J. (2000). Social identity and self-categorization processes in organizational contexts. *Academy of Management Review*, 25, 1, 121-40.
- Hughes, E.C. (1958). *Men and their Work*, New York, The Free Press.
- Hunter, D.J. (1994). From tribalism to corporatism : The managerial challenge to medical dominance. Dans Gabe, J., Kelleher, D., Williams, G. (dir.), *Challenging Medicine*, Londres, Routledge.
- Huxham, C., Bothams, J. (1995). Bridging the divide : The duality of roles for medical directors and clinicians in the new NHS. *Public Money & Management*, 15, 2, 27-34.
- Ibarra, H. (1999). Provisional selves : Experimenting with image and identity in professional adaptation. *Administrative Science Quarterly*, 44, 4, 764-791.
- Joffe, M., Mackenzie-Davey, K. (2012). The problem of identity in hybrid managers : Who are medical directors ? *The International Journal of Leadership in Public Services*, 8, 3, 161-174.

- Kahn, R.L., Wolfe, D.M., Quinn, R.P., Snoek, J.D. (1964). *Organizational stress : Studies in role conflict and ambiguity*. New York :Wiley.
- Kaissi, A. (2005). Manager-physician relationships. An organizational theory perspective. *The Health Care Manager*, 24, 2, 165-176.
- Kitchener, M., Whipp, R. (1997). Tracks of change in hospitals : A study of quasi-market transformation. *International Journal of Public Sector Management*, 10, 2, 47-61.
- Kreiner, G.E., Ashforth, B.E., Sluss, D. (2006). Identity dynamics in occupational dirty work : Integrating social identity and system justification perspectives. *Organization Science*, 17, 619-636.
- Lalonde, C., Roux-Dufort, C. (2012). Comment prévenir une crise ? Leçons tirées d'un cas de plaintes de maltraitance au sein d'un Centre d'hébergement de soins de longue durée. *Gestion, revue internationale de gestion*, 37,2, 72-84.
- LeTourneau, B., Curry, W. (1997). Physicians as executives : Boon or boondoggle. *Frontiers of Health Services Management*, 13, 3, 3-25.
- Licata, L. (2007). La théorie de l'identité sociale et la théorie de l'auto-catégorisation : le Soi, le groupe et le changement social. *Revue électronique de Psychologie sociale*, 1, 19-33.
- Manning, P.K., Cullum-Swan, B. (1994). Narrative, content and semiotic analysis », dans Denzin, N.K., Lincoln, Y.S. (dir.), *Handbook of Qualitative Research*, Newbury Park, Calif., Sage, 463-478.
- Marshall, C., Rossman, G.B. (1989). *Designing Qualitative Research*, Newbury Park, Calif., Sage.
- McAuley, J., Duberley, J., Cohen, L. (2000). The meaning professionals give to management... and strategy. *Human Relations*, 53, 1, 87-116.
- McKee, L., Marnoch, G., Dinnie, N. (1999). Medical managers : Puppetmasters or puppets ? Sources of power and influence in clinical directorate. Dans Mark, A.L., Dopson, S. (dir.), *Organisational Behaviour in Health Care : The Research Agenda*, Londres, Macmillan.
- Mintzberg, H. (2010). *Gérer (tout simplement)*. Montréal, Les Éditions Transcontinental, 375 p.
- Montgomery, K. (2001). Physician executives : The evolution and impact of a hybrid profession. *Advances in Health Care Management*, 2, 215-241.
- Morin, E.M., Archambault, M., Giroux, H., Ricard, G., Rousson, M. (2001). *Projet QVT : Enquête sur la qualité de vie au travail des cadres supérieurs de la santé et des services sociaux du Québec (MSSS)*. Rapport de recherche du CRITEROS.
- Nicholson, N. (1984). A theory of work role transitions. *Administrative Science Quarterly*, 29 (2), 172-191.
- Parker, M. (2004). Structure, culture and anarchy : Ordering the NHS. Dans Learmonth, M., Harding, N. (dir.), *Unmasking Health Management : A Critical Text*, New York, Nova Science Publishers.
- Peterson, N.P.C., Seligman, M.E.P. (2004). Strengths of character and well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 5, 603-619.
- Pfeffer, J. (2003). Business and the spirit : management practices that sustain values. Dans Giacalone, R.A., Jurkiewicz, C.L. (éditeurs). *Handbook of Workplace Spirituality and Organizational Performance*, ME Sharpe inc., 27-42.
- Pinel, E., Paulin, N. (2005). Stigma consciousness at work. *Basic and Applied Social Psychology*, 27 (4), 345-352.

- Pratt, M.G., Rockman, K.W., Kaufmann, J.B. (2006). Constructing professional identity : The role of work and identity learning cycles in the customization of identity among medical residents. *Academy of Management Journal*, 49, 2, 235-262.
- Putman. D. (1997). Psychological courage. *Philosophy, Psychiatry, and Psychology*, 4, 1, 1-11.
- Raelin, J.A. (1985). The basis for the professional's resistance to managerial control. *Human Resource Management*, 24, 2, 147-175.
- Real, K., Putnam, L. (2005). Ironies in the discursive struggles of pilots defending the profession. *Management Communication Quarterly*, 19, 1, 91-119.
- Rivers, P.A, Woodard, B., Munchus, G. (1997). Organizational power and conflict regarding the hospital-physician relationship : Symbolic or substantive ? *Health Services Management Research*, 10, 2, 91-106.
- Rundall, T.G., Davies, H.T., Hidges, C.L. (2004). Doctor-manager relationships in the United States and the United Kingdom. *Journal of Health Care Management*, 49, 4, 251-270.
- Russo, T.C. (1998). Organizational and professional identification : A case of newspaper journalists. *Management Communication Quarterly*, 12, 1, 72-111.
- Sanséau, P.-Y. (2005). Les récits de vie comme stratégie d'accès au réel en sciences de gestion : pertinence, positionnement et perspective d'analyse. *Recherches qualitatives*, 25, 2, 33-57.
- Schein, E.H. (1978). *Career Dynamics. Matching Individual and Organizational Needs*, Reading, Mass., Addison-Wesley.
- Shortell, S.M. (1991). *Effective Hospital-physician Relationships*, Chicago, Health Administration Press.
- Silverman, D. (1993). *Interpreting Qualitative Data*, Thousand Oaks, Calif., Sage.
- Slay, H.S., Smith, D.A. (2011). Professional identity construction : Using narrative to understand the negotiation of professional and stigmatized cultural identities. *Human Relations*, 64, 1, 85-107.
- Sutherland, K., Dawson, D. (1998). Power and quality improvement in the new NHS : The role of doctors and managers. *Quality in Health Care*, suppl., 7, S16-S23.
- Tajfel, H. (1981). *Human Groups and Social Categories*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Tajfel, H., Turner, J.C. (1986). The social identity theory of intergroup behavior. Dans Worschel, S., Austin, W.G. (dir.), *Psychology of Intergroup Relations*, Chicago, Nelson-Hall.
- Vadnais, C. (2013). *Développement du courage managérial en gestion du changement. Mémoire de maîtrise en sciences de la gestion*, Université de Montréal.
- Wallace, J.E. (1995). Organizational and professional commitment in professional and nonprofessional organizations. *Administrative Science Quarterly*, 40, 2, 228.

## RÉSUMÉS

Bien que les gestionnaires des organisations de soins doivent relever des défis croissants, cette profession semble souvent dépréciée et critiquée. En s'appuyant sur les concepts d'« identité sociale » et d'« identité professionnelle » de même que sur celui de « sale boulot », notre étude explore les menaces identitaires vécues par les gestionnaires de la santé et les stratégies qu'ils déploient afin de les surmonter. Les résultats confirment que les gestionnaires de la santé participants, surtout ceux qui ne sont pas médecins, perçoivent être considérés comme des



bureaucrates sans cœur et inefficients, tant au sein de leur établissement qu'à l'extérieur de celui-ci. Ils tendent à combattre ces stigmates en recourant à diverses stratégies offensives et défensives. En outre, d'une part, ils cherchent à expliquer leur valeur ajoutée et leur « humanité » et d'autre part, ils valorisent le courage managérial que nécessite la prise de décisions difficiles dans leur emploi.

While managers of health care organizations face severe challenges, their profession is often under-appreciated and criticized. Relying on the concepts of "social identity" and "professional identity" as well as that of "dirty work", our study explores the identity threats faced by health care managers and the strategies they adopt to overcome them. Evidence gathered from interviews shows that health care managers, especially those who are not medical practitioners, perceive that they are considered as heartless and inefficient bureaucrats, both within their institution and outside. They tend to fight the stigma attached to these attributes by using a variety of offensive and defensive strategies. For example, they seek to explain their humanity and how their work adds value. Likewise, they promote and defend the idea that managerial courage is needed to make the difficult decisions required by their jobs.

A pesar que los administradores de organizaciones de servicios de salud deben enfrentar desafíos cada vez mayores, esta profesión aparece a menudo despreciada y criticada. Sobre la base de los conceptos de « identidad social » e « identidad profesional », así como el de « trabajo sucio », nuestro estudio explora las amenazas a la identidad que enfrentan los administradores de servicios de salud y las estrategias que estos despliegan para enfrentarlas. Los resultados confirman que los administradores de servicios de salud participantes, especialmente aquellos que no son médicos, perciben ser considerados como burócratas sin corazón e ineficientes, tanto en el seno de sus establecimientos como al exterior de estos. Los administradores tienden a luchar contra estos estigmas utilizando una variedad de estrategias ofensivas y defensivas. Entre otras, por un lado, tratan de explicar su valor y su « humanidad » y por otro lado, valorizan el coraje de gestión que requiere tomar decisiones difíciles en sus puestos de trabajo.

## INDEX

**Mots-clés :** sale boulot, identité sociale, identité professionnelle, gestionnaires de la santé, santé mentale

**Keywords :** dirty work, social identity, work identity, health care managers, mental health

**Palabras claves :** trabajo sucio, identidad social, identidad profesional, administradores de servicios de salud, salud mental

## AUTEURS

### SYLVIE ST-ONGE

Département de management – HEC Montréal – 3000, chemin de la Côte-Sainte-Catherine,  
Montréal (Québec) Canada H3T 2A7 –sylvie.st-onge@hec.ca

### LINE PROVOST

EMBA – Université McGill et HEC Montréal