

Appel à candidature

Dans le cadre de la chaire

Santé et Territoires

Thèse de sciences de gestion en soins infirmiers appliquée au cancer

1. Contexte général : présentation de la Chaire Santé et Territoires

Au regard des profondes mutations qui affectent le secteur de la santé en ce début de XXI^{ème} siècle, le gestionnaire hospitalier, le médecin, le chef de service, l'homme politique, s'accordent sur la nécessité de renforcer les moyens d'action dans ce domaine managérial. Le principal objectif de la Chaire Santé et Territoires vise à développer des travaux de recherche en mesure de répondre aux deux préoccupations majeures dictées par les changements en cours dans le domaine de la santé :

- adapter le positionnement des organisations face à la réorganisation générale des systèmes de santé et de financement du soin,
- construire des innovations managériales en mesure de coordonner les activités médicales et paramédicales autour de la prise en charge du patient et de son parcours de santé.

La Chaire Santé et Territoires inscrit son action au cœur de ces deux problématiques en vue de développer et diffuser, au travers de ses travaux de recherche, des connaissances académiques de nature à alimenter la recherche en gestion dans le champ étudié, en même temps qu'en participant à enrichir la connaissance sur le terrain, notamment par ce qui permettra la valorisation des travaux réalisés en termes d'outils de pilotage des organisations.

Le projet porté par la Chaire Santé et Territoires est en lien direct avec la stratégie contemporaine de grands acteurs du domaine. Son inscription dans le champ du cancer, affirmé par la présence, parmi les membres fondateurs, du Centre Jean Perrin (CJP) et du Cancéropôle Lyon Auvergne-Rhône-Alpes (CLARA), entend ainsi répondre aux ambitions du 3^e Plan Cancer (2014-2019) de l'Institut National du Cancer (INCa) dont l'objectif 16 vise à « optimiser les organisations pour une plus grande efficacité ». Les connaissances produites par les travaux de recherche déployés au sein de la Chaire contribueront notamment à l'action 16.5 portant sur la « structuration de l'organisation territoriale

de proximité autour de l'objectif de continuité et de globalité des parcours de prise en charge ». L'originalité de l'approche repose sur deux dimensions, partagées par le collectif de chercheurs et les membres fondateurs :

- Un positionnement de recherche axé sur le terrain (recherche intervention), le chercheur étant intégré dans l'action et créant de la connaissance à partir du fonctionnement de l'organisation étudiée,
- Une démarche qui place le médecin mais aussi dans une certaine mesure les soignants au centre de la recherche en gestion, la logique n'étant pas celle de l'analyse externe mais au contraire celle du médecin à la fois stratège, chercheur et dirigeant (d'un centre, d'un pôle, de son service), l'articulation entre chercheur médecin et chercheur en gestion se faisant dans une logique anglo-saxonne d'équipe et d'interaction entre le terrain et la littérature.

2. Proposition de thèse

Problématique

Le secteur de la santé connaît de profondes évolutions. La première évolution, inspirée des thèses du NPM (New Public Management), affirme la nécessité de créer des conditions de marché (quasi marché) en vue d'inciter les hôpitaux à l'efficacité (ordonnances de 1996 et T2A¹). La seconde évolution, matérialisée par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) de 2009, s'intéresse aux logiques de coopérations entre les acteurs de la santé. La mise en réseau des acteurs de cancérologie dans les Régions en est d'ailleurs la matérialisation : les Réseaux Régionaux de Cancérologie (RCC) porté par l'Institut National du Cancer s'inscrivent « *dans une logique de coordination des opérateurs de santé à l'échelle régionale* »².

Ces deux réformes successives placent les établissements dans une situation paradoxale dans leurs relations avec les autres acteurs du secteur, entre coopération et concurrence (Mériade, Nautré, Rochette et Talbot, 2017), à l'instar de ce que l'on peut observer dans une chaîne de valeur notamment (Jarillo, 1988 ; Manuj et Mentzer, 2008 ; Tang, 2006 ; Xu et Beamon, 2006). Ces travaux ont effet montré comment des acteurs variés et complémentaires se coordonnent au sein d'une chaîne de valeur pour concevoir, produire et distribuer un produit ou un service commun (Kogut, 2000 ; Lavie, 2006). Nous proposons d'appréhender le parcours patient comme une chaîne de valeur qui présenterait bien entendu certaines spécificités qui faudra mettre en lumière : ce sera le premier résultat empirique de cette thèse.

Parmi les spécificités attendues, nous pensons que le contenu du projet commun qui unit les parties prenantes, s'il apparaît comme naturel dans l'industrie (concevoir, produire et distribuer un produit ou un service), ne va pas toujours de soi dans un secteur non marchand (Acquier, Daudigeos et Valiorgue, 2011), comme la santé. Quelle peut être la finalité de la chaîne de valeur dans ce secteur ? De quelle(s) performance(s) parle-t-on ? Comment articuler qualité des soins et maîtrise des coûts par exemple ? En outre, ces chaînes ont la particularité d'unir des acteurs généralement co-localisés qui partagent donc une proximité géographique (Tremblay, Roberge et Berbiche, 2015). Quels sont les effets, positifs et négatifs, de cette proximité sur leurs interactions ?

¹ Tarification à l'Activité.

² Cf. le site : <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/L-organisation-de-l-offre-de-soins/Les-reseaux-regionaux-de-cancerologie>.

Pour répondre à ce type de question, il est utile de croiser les travaux sur les chaînes de valeur avec ceux sur la proximité (Kechidi et Talbot, 2010 ; Talbot, 2013). Ce serait un second résultat, d'ordre théorique cette fois. L'Ecole de la proximité s'intéresse aux conditions de l'apparition et au renforcement d'une interaction entre des acteurs *a priori* hétérogènes. Historiquement, elle s'est construite autour d'auteurs qui cherchaient à intégrer dans l'analyse économique le rôle de l'espace géographique. Très vite, si l'espace est d'abord pensé dans sa dimension géographique, il l'est aussi dans sa dimension sociale (Bellet et *al.*, 1993). Ce courant pose comme principe fondamental que la localisation dans un espace géographique et social influent sur les interactions entre les acteurs (Gilly et Torre, 2000 ; Boschma 2005). Ainsi, cette Ecole cherche à répondre à deux questions fondamentales :

- premièrement, que faut-il partager pour agir ensemble ? La réponse cette question, d'ordre cognitif, a fait l'objet de nombreux travaux (voir par exemple Pecqueur et Zimmermann, 2004 ; Torre et Rallet, 2005 ; Nooteboom et al., 2007 ; Boschma et Frenken, 2010 ; Mattes, 2012 ; Cassi et Plunket, 2014). Il apparaît ainsi que le partage de représentations, qui ont pour première fonction cognitive de comprendre et d'expliquer la réalité, est une condition à toute coordination en général et à la construction d'une finalité commune en particulier ;
- deuxièmement, que faut-il, au-delà du partage, réguler pour agir ensemble ? Il s'agit d'une question d'ordre cette fois politique qui renvoie à la construction de compromis et de choix collectifs, de régulation des conflits, d'imposition de décisions collectives qui font appel à l'exercice d'un pouvoir, à des relations d'autorité et d'obéissance (Braud, 2008). Les interactions ont ici pour objectifs de permettre aux acteurs d'orienter par exemple la finalité commune afin de satisfaire leurs intérêts (Talbot, 2010).

Ainsi, les proximités géographique et non géographique partagées par les acteurs ont donc des effets cognitifs et politiques qui agissent en profondeur sur les caractéristiques de la chaîne de valeur. Ce croisement d'approches constituera un second résultat de nature théorique.

Au-delà de ces résultats empiriques et théoriques, nous attendons un troisième type de résultat managérial cette fois et portant sur la contribution des infirmières à la coordination du parcours de soins.

La coordination est en effet une des grandes fonctions des infirmières, tant pour la prestation que l'organisation des soins et des services de santé (Goulet et Dallaire, 2002 ; Glouberman et Mintzberg, 2001a ; 2001b). Elle se matérialise dans les soins directs, dans la gestion et devrait avoir une portée au niveau de la gouvernance d'ensemble. Les processus de la coordination des soins directs et leurs effets sont bien documentés dans les écrits scientifiques (Gittel, 2002 ; 2015), notamment en oncologie (Direction générale de l'offre de soins, 2012 ; Tremblay, 2008). Cependant, la manière dont les mécanismes de coordination sont activés (ou non) par les infirmières gestionnaires dans la construction de représentations communes du parcours des PTC sont peu étudiées et encore mal comprises. Il est nécessaire de mieux comprendre comment et pourquoi les infirmières gestionnaires contribuent à optimiser les proximités entre les acteurs ayant des objectifs et intérêt souvent en compétition. La candidate ou le candidat, ayant une expérience managériale et une expertise en soins infirmiers, contribuera aux efforts pour combler le manque de données pour guider la prise de décision fondée sur les données probantes.

Il s'agira en effet d'ancrer la recherche dans une approche interventionnelle, visant à la formulation de préconisations à destination des acteurs participant au parcours des personnes touchées par le

cancer (incluant les proches). En ce sens, le candidat ou la candidate sera sensible à la valorisation des expériences de terrain dans la construction des connaissances scientifiques, mais aussi au transfert de celles-ci vers les acteurs.

Méthodologie : une étude de cas multiple

La nature même de l'objet qui nous occupe impose le recours à des méthodes de nature qualitative afin d'appréhender les interactions entre les acteurs et le potentiel explicatif d'une étude concrète des proximités intervenant dans une chaîne de valeur. Pour ce faire nous recourons à l'étude de cas multiple (Paillé et Mucchielli, 2003). Celle-ci s'avère particulièrement pertinente lorsque les problèmes et objets étudiés sont complexes, fortement contextualisés et que l'étude s'inscrit dans un champ relativement nouveau (Wacheux, 1996 ; Avenier et Thomas, 2015). Le recueil des données empiriques respectera la triangulation des sources définie par Yin (2017) et Miles et al. (2014) : presse, recherche bibliographique, entretiens semi-directifs analysés *via* un logiciel spécifique, présence en réunion, etc. Concrètement, les études de cas porteront sur différents parcours patient en Région Auvergne Rhône Alpes.

Résultats attendus

Trois types de résultats sont escomptés :

- Sur le plan théorique : faire dialoguer en profondeur des approches théoriques appliqué au parcours des personnes touchées par le cancer (chaîne de valeur et Ecole de la Proximité) ;
- Sur le plan empirique : expliquer comment et pourquoi les processus de coordination aux multiples paliers du système de soins produisent des effets ;
- Sur le plan managérial, réaliser des préconisations envers le réseau CLARA concernant l'organisation du parcours patient.

Valorisation

Le ou la doctorante recruté(e) produira une thèse, réalisera des communications dans des colloques internationaux à comité de lecture et (co)publiera un ou plusieurs articles dans des Revues internationales à comité de lecture.

Par ailleurs, des restitutions ponctuelles pourront être réalisées à la demande de la Chaire Santé et des réseaux étudiés.

Mots clés : chaîne de valeur, proximités, parcours patient, étude cas multiple.

Bibliographie

Acquier, A., Daudigeos T., Valiorgue B. (2011). Responsabiliser les chaînes de valeur éclatées. Enjeux et limites, *Revue française de gestion*, 215(6), 167-183.

Avenier, M.J., Thomas C., (2015). Finding one's way around various methodological guidelines for doing rigorous case studies: A comparison of four epistemological frameworks, *Systèmes d'information & management*, 20(1), 61-98.

Bellet, M., Colletis, G., Lung, Y. (1993). Economie de proximités, *numéro spécial de la Revue d'Economie Régionale et Urbaine*, (3).

Boschma, R.A., (2005). Proximity and innovation. A critical assessment. *Regional Studies*, 39(1), 61-74.

Boschma R., Frenken K. (2010). The spatial evolution of innovation networks. A proximity perspective, in Boschma, R., Martin, R., (eds), *The Handbook of Evolutionary Economic Geography*, Edward Elgar, Cheltenham, 120-135.

Braud P., (2008). *Sociologie politique*. 9e édition, Lextenso éditions, Paris.

Cassi L., Plunket A. (2014). Proximity, network formation and inventive performance: in search of the proximity paradox, *The Annals of Regional Science*, 53(2), 395-422.

Goulet, O., & Dallaire, C. (2002). *Les soins infirmiers: vers de nouvelles perspectives*. Boucherville, Québec: G. Morin.

Direction Générale de l'Offre de Soins. Résultats des expérimentations du parcours personnalisé des patients pendant et après le cancer : synthèse nationale des bilans à un an des 35 sites pilotes [En ligne]. Paris : Institut National du Cancer. Collection Bilans d'activité et d'évaluation ; septembre 2012. Retrouvé le 14 Février 2018 : <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Resultats-des-experimentations-du-parcours-personnalise-des-patients-pendant-et-apres-le-cancer.-Synthese-nationale-des-bilans-a-un-an-des-35-sites-pilotes>

Gilly, J.P., Torre, A (éds), (2000). *Dynamiques de proximité*, Paris : L'Harmattan.

Gittell, J.H. (2002). Coordinating mechanisms in care provider groups : relational coordination as a mediator and input uncertainty as a moderator of performance effects. *Management Science* 48(11), 1408-1426.

Gittell, J.H., Beswick, J., Goldmann, D., et al. (2015). Teamwork methods for accountable care : relational coordination and TeamSTEPPS®. *Health Care Management Review* 40(2), 116-125.

Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001a). Managing the care of health and the cure of disease—Part I: Differentiation. *Health care management review*, 26(1), 56-69.

Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001b). Managing the care of health and the cure of disease—Part II: Integration. *Health care management review*, 26(1), 70-84.

Jarillo, J.C. (1988). On strategic networks, *Strategic Management Journal*, 9(1), 31-41.

Kechdi, M., Talbot, D. (2010). Institutions and coordination: what is the contribution of a proximity-based analysis? The case of Airbus and its relations with the subcontracting network, *International Journal of Technology Management*, 50(3/4), 285-299.

- Kogut, B. (2000). The network as knowledge: Generative rules and the emergence of structure, *Strategic Management Journal*, 21(3), 405-425.
- Lavie, D. (2006). The competitive advantage of interconnected firms: an extension of the resource-based view, *Academy of Management Review*, 31(3), 638–658.
- Manuj, I., & Mentzer, J.T. (2008). Global supply chain risk management, *Journal of Business Logistics*, 29(1), 133-155.
- Mattes J. (2012). Dimensions of Proximity and Knowledge Bases: Innovation between Spatial and Non-spatial Factors, *Regional Studies*, 46(8), 1085–1099.
- Meriade L., Nautré B., Rochette C., Talbot D., (2017). Les effets de la proximité sur la fabrique des politiques publiques : l'exemple d'un Centre de Lutte contre le Cancer (CLCC), *Politiques et Management Public*, 34/1-2, pp. 147-166.
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldana, J. (2014). *Qualitative data analysis: A method sourcebook*. CA, US: Sage Publications.
- Nooteboom B., van Haverbeke W.P.M., Duijsters G.M., Gilsing V.A., v.d. Oord A. (2007). Optimal cognitive distance and absorptive capacity, *Research Policy*, 36(7), 1016-1034.
- Paillé, P., Mucchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin, Paris.
- Pecqueur B., Zimmermann J.B. (éds), (2004). *Economie de Proximités*. Hermès, Lavoisier : Paris.
- Torre, A. Rallet, A. (2005). Proximity and localization », *Regional Studies*, 39(1), 47- 60.
- Talbot D., (2010). La dimension politique dans l'approche de la proximité, *Géographie, Economie, Société*, 12(2), 125-144.
- Talbot, D. (2013). Clustérisation et délocalisation : les proximités construites par de Thales Avionics. *Revue française de gestion*, 39(234), 15-26.
- Tang, C. (2006). Perspectives in supply chain risk management, *International Journal of Production Economics*, 106(2), 451-488.
- Tremblay D. (2008). La traduction d'une innovation organisationnelle dans les pratiques professionnelles de réseau : l'infirmière pivot en oncologie. Montréal, QC: Université de Montréal (Canada); Retrouvé le 14 février 2018: https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/6667/Tremblay_Dominique_2008_t_hese.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Tremblay D, Roberge D, Berbiche D. (2015). Determinants of patient-reported experience of cancer services responsiveness. *BMC Health Serv Res* 15:425,
- Wacheux, F. (1996). Méthodes qualitatives de recherches en gestion. Economica, Paris.
- Xu, L., & Beamon, B.M. (2006). Supply Chain Coordination and Cooperation Mechanisms: An Attribute-Based Approach, *The Journal of Supply Chain Management*, 42(1), 4-12.
- Yin, R. K. (2017). *Case Study Research and applications: Design and Methods*, 6ème éditions, Sage Publications, London.

3. Les partenaires de la Chaire Santé et Territoires

- **Le Cancéropôle Lyon Auvergne Rhône-Alpes (CLARA)** fédère depuis 2003 les acteurs académiques, cliniques et industriels d'Auvergne-Rhône-Alpes au service d'une stratégie régionale, nationale et internationale de la lutte contre le cancer. Ses actions en faveur des sciences humaines et sociales se concrétisent par le financement de projets de recherche émergents et structurants, par l'organisation d'ateliers thématiques et de séminaires de recherche en lien avec les Universités du territoire.
- **Le Centre Jean Perrin** est un des 20 Centres de Lutte contre le Cancer (CLCC) en France. Membre d'UNICANCER et de la fédération nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer. Le centre Jean Perrin c'est 27 681 patients pris en charge (2016), 708 professionnels (2016). Il a une valeur hospitalo-universitaire en médecine nucléaire, anatomie pathologique, oncogénétique, chirurgie, radiothérapie et médecine oncologique ainsi qu'une importante activité de soins, d'enseignement et de recherche. Il est classé dans le top 10 des CLCC en matière de satisfaction patient par la Haute Autorité de Santé (Certifié sans réserve niveau A). Il est très attentif à la prise en charge ambulatoire. Son action est complémentaire à celle du CHU avec lequel il a formé un groupement de coopération sanitaire dénommé IRUCA (Institut Régional Universitaire de Cancérologie d'Auvergne). Chaque action se situe au sein d'une collaboration entre les établissements hospitaliers publics et privés de la région, concrétisée par un réseau de soins en cancérologie (le réseau ONCAUVERGNE).
- **Le CHU de Clermont-Ferrand, GHT Allier Puy de Dôme.** Le Centre hospitalier universitaire de Clermont Ferrand est un centre hospitalier régional, un CHR, qui a pour mission le soin et une mission de prévention. Toutes les spécialités médicales sont représentées au CHU de Clermont-Ferrand et réparties en 15 pôles. Il représente 1916 lits il constitue l'établissement support du groupement hospitalier de territoire Allier Puy de Dôme constitué de 15 établissements publics.
- **Le centre de recherche clermontois en gestion et l'IAE – Université de Clermont Auvergne.** L'École Universitaire de Management - IAE Auvergne, est membre du réseau IAE France. Elle accueille 2400 étudiants, offre 20 formations (1 DEUST, 1 Licence générale, 8 licences professionnelles, 18 master 2), comporte 55 enseignants chercheurs et plus de 300 intervenants professionnels. Elle accueille un laboratoire de recherche, Le centre de recherche clermontois en gestion (CRCGM). Il accueille 50 enseignants chercheurs (dont 15 habilités à diriger des recherches) et 40 doctorants et porte 3 chaires de recherche et un open lab. Les travaux conduits au sein du CRCGM couvrent l'ensemble des domaines des sciences de gestion et s'organisent en trois thématiques :
 - La thématique **Potentiel Humain, Organisation, Innovation**, développe des travaux dans le domaine de la gestion des connaissances et des compétences au sein des organisations. Une attention particulière est portée aux situations extrêmes de gestion (restructurations, situations d'urgence...).
 - La thématique **Gouvernance et Valeur**, où les travaux portent notamment sur la comptabilité, la finance, la responsabilité sociale des entreprises et les modes alternatifs de gouvernance, tels que les coopératives et les mutuelles.
 - La thématique **Management de la Chaîne de Valeur et Territoires** développe des recherches dans le champ de la stratégie (stratégies de proximité, stratégies de développement des PME), du marketing (politiques de prix, marketing territorial), et de la logistique.
- **L'entreprise Digital CSP a créé la start up Yes it is.** Le Centre Spécialités Pharmaceutiques (CSP) Fondée en 1951 à Clermont-Ferrand par Marcel Baudry, prend en charge les produits

de santé dès leur sortie de production, et assure pour le compte des laboratoires leur stockage et leur distribution. Elle est leader européen dans une logistique de pointe à destination des laboratoires pharmaceutiques. Sa start up Yes it is fondée en 2016 par Emmanuel Ranc a élaboré une solution faisant l'objet d'un brevet international permettant d'attribuer à tout objet une « identité » propre, unique et impossible à reproduire primée au CES (Consumer Electronic Show) de Las Vegas.

- **Clermont Auvergne Métropole** Clermont Auvergne Métropole est une communauté urbaine comportant 21 communes membres comportant 7 pôles de proximité permettant de couvrir les compétences de service public. Elle représente 290000 habitants et 35000 étudiants, 3000 chercheurs du secteur public et privé et 140000 entreprise parmi lesquelles le leader mondial du pneumatique le groupe Michelin.

4. Profil des candidats

Le candidat ou la candidate sera titulaire d'un Master Recherche ou d'une qualification recherche, prioritairement en sciences de gestion, lui permettant de s'engager dans un parcours doctoral. Il aura une bonne connaissance du système de soin, en particulier dans le champ de la cancérologie. Un exercice dans le domaine hospitalier et des soins est un plus.

Les candidates ou candidats exerçant une activité professionnelle devront consacrer au minimum 60% de leur temps à leur recherche doctorale.

5. Structures de rattachement

L'encadrement du doctorant ou de la doctorante s'effectuera sous la responsabilité de M. Damien Talbot (Pr., CRCGM, Université de Clermont-Ferrand) et de Mme Dominique Tremblay (Pr., Université de Sherbrooke).

6. Budget

Dans le cadre de la chaire Santé et Territoires, cette thèse bénéficie d'un financement total du CLARA de 120 000€, grâce au soutien de Clermont Auvergne Métropole. Ce financement prendra en charge le salaire du ou de la candidate et permettra de couvrir une partie des frais de gestion et de déplacements inhérents à l'activité de recherche et à la cotutelle entre l'Université de Clermont-Ferrand et l'Université de Sherbrooke.

7. Procédure d'évaluation des candidatures

La procédure se déroule en trois temps, chacun d'entre eux étant sélectif :

- Examen des dossiers de candidature (cf. infra)
- Première audition à distance, par visioconférence
- Seconde audition dans les locaux de l'IAE, à Clermont-Ferrand

8. Critères d'évaluation des candidatures

- Cursus du ou de la candidat-e (diplôme requis : Master Recherche ou qualification recherche)
- Capacité du ou de la candidat-e à proposer un projet de recherche s'inscrivant dans les problématiques scientifiques précédemment exposées
- Capacité du ou de la candidat-e à s'inscrire dans une dynamique de recherche collective, bénéficiant à la valorisation scientifique de la Chaire Santé et Territoires

- Maîtrise du français et de l'anglais

9. Calendrier

Date de lancement des appels à candidatures	avril 2018	
Date limite de soumission	Envoi par email du dossier de candidature (cf. infra)	15 octobre 2018
Audition	22 octobre 2018	
Prise de fonction	Novembre 2018 (l'inscription auprès de l'École Doctorale s'effectuera fin octobre au plus tard)	

10. Modalité de soumission

➤ Contenu du dossier de candidature :

Le dossier de candidature devra être rédigé en français. Il devra contenir :

- CV détaillé du ou de la candidat-e (formations, éventuelle expérience dans le domaine du soin)
- Mémoire de Master ou équivalent
- Lettre de motivation

➤ Soumission Format Électronique :

Les pièces précédemment citées devront être transmises au format Word (docx) ou au format PDF par email aux adresses suivantes :

chaire.sante-territoires@uca.fr,

Secrétariat CRCGM, Mme Ly : ntxhee.ly@uca.fr

Pr. Damien Talbot : damien.talbot@uca.fr

Pr. Dominique Tremblay : Dominique.Tremblay2@USherbrooke.ca

L'objet de l'email doit clairement mentionner la candidature au poste de thèse.

Contact

chaire.sante-territoires@uca.fr