

Quelle réponse stratégique aux paradoxes d'un Centre de Lutte Contre le Cancer (CLCC) ? Le cas du Centre Jean Perrin.

Albert-Cromarias, Anne

Groupe ESC Clermont / CRCGM / Asclepios

anne.albert@esc-clermont.fr

Dos Santos, Catherine

Groupe ESC Clermont / CRCGM / Asclepios

catherine.dossantos@esc-clermont.fr

Nautré, Benoît

UNICANCER / CRCGM / Asclepios

Benoit.NAUTRE@clermont.unicancer.fr

Résumé :

La recherche s'intéresse aux paradoxes auxquels sont confrontés les Centres de Lutte contre le Cancer (CLCC) et la réponse stratégique qu'ils adoptent afin de parvenir à les concilier. De type recherche-accompagnement, elle s'appuie sur l'étude d'un cas, le Centre Jean Perrin, et est fondée sur une analyse documentaire et des entretiens à visée compréhensive. Les résultats montrent que le paradoxe considéré comme *objet-frontière* permettrait de construire des *représentations* partagées et acceptables par tous et favoriserait la coopération entre les mondes sociaux en présence (ici médical, gestionnaire et politique).

Mots-clés : stratégie, paradoxes, Centre de Lutte contre le cancer, objet-frontière.

Quelle réponse stratégique aux paradoxes d'un Centre de Lutte Contre le Cancer (CLCC) ? Le cas du Centre Jean Perrin.

INTRODUCTION

Les organisations doivent répondre à des demandes simultanées et contradictoires, à l'origine de tensions pouvant être assimilées à des paradoxes. Une large littérature s'est construite autour de cette notion de paradoxes (Lewis, 2000 ; Smith et Lewis, 2011 ; Jarzabkowski et *al.*, 2013). Le paradoxe renvoie à une situation dans laquelle la contradiction ne peut pas être résolue par le choix d'une option plutôt qu'une autre, les solutions se rejetant l'une l'autre et conduisant à un raisonnement circulaire sans fin (Perret et Josserand, 2003). Répondre de façon appropriée à ces paradoxes est une condition de survie pour les organisations (Smith et Lewis, 2011) mais implique d'identifier et de caractériser l'origine et la nature de ces tensions.

Les établissements hospitaliers s'inscrivent dans cette logique puisque, balancés entre leur obligation de soins et une forte contrainte budgétaire, ils doivent satisfaire des exigences éparpillées (financières, sanitaires et éthiques), sources de nombreux paradoxes idéologiques et pratiques (Bruyère, 2008 ; Brémond et *al.*, 2013 ; Masquelet, 2011). Désormais, la double exigence de qualité et de sécurité pousse les hôpitaux vers des terres de rationalité où commandent l'équilibre budgétaire et la course aux équipements médicaux de pointe, loin de l'intérêt du patient, dernier vestige du principe d'équité qui garantit aux patients un accès, un traitement et une couverture égalitaires. La nouvelle gouvernance a été accaparée par les partisans de l'hôpital-entreprise, favorables à l'efficacité à tout prix (mais pas à n'importe quel coût) et au désengagement croissant de l'Etat du secteur hospitalier à la faveur du développement d'un discours gestionnaire. Ces différentes orientations s'inscrivent dans la doctrine du *New Public Management* pour laquelle la littérature a démontré qu'elle était composée d'aspects fondamentalement contradictoires (Aucoin, 1990), synonymes de tensions entre les diverses injonctions : « *la décision appartient aux politiques* », « *le management appartient aux managers* », « *le choix appartient aux consommateurs* » et « *la participation appartient aux actionnaires* » (Talbot, 2003).

Attendu que les réformes (et les paradoxes qui en découlent) s'imposent à tous les établissements hospitaliers, nous avons orienté notre recherche sur les Centres de Lutte Contre le Cancer (CLCC). En effet, les CLCC ont su développer un modèle innovant et efficace dans la prise en charge du cancer, mais aujourd'hui malmené par des injonctions paradoxales. Dès lors, la problématique de cette contribution pourrait se résumer de la façon suivante : à quels paradoxes un CLCC est-il confronté et quelle réponse stratégique adopte-t-il afin de les concilier ?

Pour y répondre, notre article s'appuiera sur l'analyse du CLCC de Clermont-Ferrand, le Centre Jean Perrin (CJP). Notre étude de cas, de type recherche-accompagnement, a été conduite depuis le printemps 2016 à partir d'une méthodologie compréhensive fondée sur une analyse documentaire et des entretiens semi-directifs. L'article se subdivise en quatre parties. La première aborde le cadrage théorique et la problématique de la recherche. La seconde aborde l'ingénierie de la recherche : le cas et la méthodologie. Les résultats sont présentés dans la troisième. Et la quatrième, enfin, propose une analyse et une discussion des résultats dans le but d'en tirer des savoirs actionnables à la fois sur le plan théorique et pratique.

1. STRATEGIE ET PARADOXES : ETAT DES LIEUX

La revue de la littérature s'intéresse tout d'abord aux fondements de la « théorie des paradoxes » puis traite des paradoxes dans le secteur de la santé. .

1.1 LES FONDEMENTS DE LA « THEORIE DES PARADOXES »

Toutes les organisations ont besoin de stratégie. D'abord caractérisée par l'école du positionnement d'Ansoff ou de Porter, basée sur l'analyse systématique de la structure d'une industrie et de son environnement afin d'identifier les options stratégiques possibles, la stratégie devient progressivement mouvement (Saias et Métails, 2001). Hamel et Prahalad (1989) mettent ainsi en évidence l'intention stratégique, qui, en cherchant à aligner l'architecture organisationnelle et les moyens sur la vision, véritable dessein stratégique, produit un effet de tension qui engendre un sentiment d'incompétence conduisant l'entreprise à repenser ses cadres de référence pour proposer des stratégies innovantes ; il s'agit ici d'un premier paradoxe à gérer, qui conduit néanmoins à une dynamique de changement et d'apprentissage (Lewis, 2000). En stratégie, un second paradoxe met en évidence l'écart entre stratégie délibérée et stratégie émergente (Mintzberg et Waters, 1985). En effet, au-delà de

l'intention formalisée par le dirigeant et (plus ou moins bien) déployée auprès des parties prenantes internes et externes, l'organisation est soumise à de nombreuses pressions, menaçant notamment sa légitimité, son identité et le *sensemaking* (Curchod et al., 2015), imposant finalement une stratégie réalisée obéissant à la problématique stratégique en milieu complexe. D'ailleurs, l'ambition de la stratégie n'est-elle pas, par essence, de trouver des réponses à des problèmes qui se posent à une organisation, d'autant plus dans le contexte d'incertitude et de complexité qui la caractérise (Martinet, 2016) ? Face à des contradictions irréconciliables, la stratégie devient alors une véritable tension dynamique (Martinet, 2016), les paradoxes « *sonnant à la fois comme des opportunités et des menaces, selon les circonstances* » (Guedri et al., 2014, p.17).

La théorie néo-institutionnelle permet d'expliquer les réactions (ou l'absence de réaction) d'une organisation aux pressions de son environnement, notamment sur le volet stratégique. Ainsi Oliver (1991) montre que la stratégie de l'organisation dépend non seulement de l'intensité des pressions institutionnelles – coercitives, normatives ou mimétiques (Di Maggio et Powell, 1983) – mais aussi du statut des acteurs qui sont à l'origine de ces pressions : la réaction stratégique varie selon que la pression est exercée par un acteur dominant à l'intérieur du champ institutionnel ou que cette pression est exercée par un nouvel entrant qui dispose de faibles ressources. C'est d'ailleurs à partir des travaux de la théorie institutionnelle que s'est développé un autre courant depuis une trentaine d'années, posant les fondements d'une « théorie des paradoxes ».

Les paradoxes sont de plus en plus communément admis comme une des composantes centrales du management des organisations (Poole et Van de Ven, 1989 ; Perret et Josserand, 2003 ; Smith et Lewis, 2011). Définissant le paradoxe comme « *contradictory yet interrelated elements that exist simultaneously and persist over time* » (Smith et Lewis, 2011, p.382), la littérature s'est efforcée de bâtir une typologie des différents paradoxes identifiables dans une organisation, dont Schad et al. (2016) proposent une recension. Nous retiendrons ici les quatre catégories de Smith et Lewis (2011) qui distinguent les paradoxes :

- d'apprentissage (*learning paradoxes*) qui prennent forme dès que l'organisation doit évoluer, donc étroitement liés à une situation de changement ou d'innovation marquée ;

- d'appartenance (*belonging*) qui se nourrissent de la tension entre l'individu et le collectif, les conflits de rôle et de valeurs qu'elle engendre ;
- de gestion (*organizing*) qui expriment les tensions nées de l'accroissement de la complexité organisationnelle, telle l'articulation toujours délicate entre collaboration et compétition, ou flexibilité et contrôle ;
- d'exécution (*performing*) qui prennent acte de la diversité des parties prenantes, internes et externes, et de leurs intérêts, potentiellement contradictoires et conflictuels.

La littérature s'accorde aujourd'hui à considérer qu'il est contre-productif de vouloir faire disparaître les paradoxes car ceux-ci permettent d'initier une dynamique de changement (Lewis, 2000 ; Josserand et Perret, 2003), sous réserve, néanmoins, de trouver la bonne méthode pour tendre vers le cercle vertueux et éviter le cercle vicieux (Smith et Lewis, 2011).

1.2 LE SECTEUR DE LA SANTE ET SES PARADOXES

Certains paradoxes sont intrinsèquement liés au contexte : ainsi, dans le secteur public, on assiste depuis plusieurs années à une hybridation de la notion de service public avec des préoccupations marchandes (Pollitt et Bouckaert, 2004), analysée à travers le courant du *New Public Management* (NPM) qui en pointe d'ailleurs les nombreux paradoxes (Hood et Peters, 2004). Cette approche est renouvelée avec le post-NPM, caractérisant les réformes en cours qui combinent pressions externes, facteurs culturels et décisions politiques dans une logique de tension vertueuse (Christensen, 2012). Dans le domaine de la santé tout particulièrement, la régulation politique croissante, visant à une plus grande performance des établissements, et les innovations simultanées de terrain, centrées notamment sur un bien-être accru des patients, donnent lieu à de nombreuses injonctions paradoxales (Grenier, 2014).

Dans le champ de la conduite des établissements de santé, de nombreuses tensions sont à l'œuvre et concernent le développement des savoirs professionnels couplés aux préoccupations organisationnelles et managériales. La nécessité de coordonner les activités multiples acteurs impliqués dans la prise en charge des patients se confronte à une organisation impliquant le cloisonnement des structures, des compétences et des tâches du fait que le développement des connaissances et savoir-faire professionnels impose une dynamique différenciatrice inhérente au progrès de la médecine.

Par ailleurs, les établissements de santé font face à des tensions entre règles et procédures formelles d'une part et flexibilité des réponses que sous-entend l'exercice professionnel d'autre part. Ici, la nécessité de privilégier la prévisibilité du comportement (aspect essentiel dans la conduite quotidienne d'un service de soins) se confronte au besoin d'adaptation face à l'imprévisibilité de la prise en charge (du fait du caractère aléatoire de la maladie). Et c'est par conséquent, dans l'arbitrage entre routine sécurisante et flexibilité adaptative que réside l'essentiel du travail d'organisation au quotidien dans les services de soins. Cet équilibre tenu entre bureaucratisation et flexibilité a été décrit comme devant être regardé comme le cœur du processus de gestion des soins et de ce que certains appellent la « *gouvernance clinique* » (Moisdon, 2008).

Enfin, la nécessité d'accroître la performance immédiate, via la mobilisation d'instruments de financement et d'évaluation administrés, se confronte à la conception de projet d'organisation innovante sur le long terme, impliquant notamment la construction de filières et/ou de réseaux favorisant la coordination de soins entre acteurs ou structures divers (Bruyère, 2008). Par exemple, les attendus des pouvoirs publics sur la mise en place des réseaux ville-hôpital se situent essentiellement sur le terrain économique et sur le court terme alors que les acteurs s'inscrivent davantage dans une perspective d'évolution sociologique des rapports entre professionnels de la ville et de l'hôpital.

Les tensions dans le secteur de la santé revêtent un caractère d'injonction vécue comme paradoxale et sont facteurs de dysfonctionnements et de troubles psychologiques entraînant des attitudes individuelles d'évitement, de repli ou de déni (Masquelet, 2011). Toutefois, il est intéressant de noter la dynamique créative et adaptative qui peut en découler lorsque leur dimension paradoxale semble pouvoir relever d'un traitement managérial.

Dans cette recherche, nous proposons d'utiliser le cadre conceptuel des quatre catégories de paradoxes développé par Smith et Lewis (2011) pour l'appliquer à un établissement au statut original dans le secteur de la santé et de comprendre la nature de la réponse apportée, en s'interrogeant plus spécifiquement sur la place de la stratégie dans le processus de gestion des paradoxes.

2. LES PARADOXES DU CENTRE DE LUTTE CONTRE LE CANCER JEAN PERRIN

Notre recherche, portant sur un type d'organisation bien particulier – un Centre de Lutte Contre le Cancer (CLCC) – permet d'étudier, via une démarche compréhensive, les réactions et réponses stratégiques des acteurs face aux paradoxes qu'eux-mêmes perçoivent.

2.1 LE CONTEXTE : LES REFORMES DE LA SANTE EN FRANCE

Depuis une vingtaine d'années, les réformes du système hospitalier français oscillent entre deux référentiels : l'intervention croissante des pouvoirs publics dans la gestion des établissements de soins ou le marché comme seul moyen de coordination des acteurs.

Depuis les ordonnances dites Juppé de 1996, le secteur hospitalier est caractérisé par une intervention croissante de l'État. La création des agences régionales de l'hospitalisation (ARH) est emblématique de cette nouvelle logique : elles prennent la forme de groupements d'intérêt public et centralisent des pouvoirs qui dépendaient auparavant des Directions régionales de l'action sanitaire et sociale (DRASS) et leurs déclinaisons départementales (DDASS). Leur objectif est de rationaliser la politique hospitalière régionale, notamment par la mise en commun des activités publiques et privées. Désormais, dans la perspective du *NPM*, la contractualisation entre la tutelle et les établissements hospitaliers devient le *one best way* de la politique hospitalière.

Les évolutions réglementaires du système hospitalier français vont également, depuis plusieurs années, dans le sens d'un rapprochement de leurs modèles organisationnels et managériaux vers ceux du privé dans le but d'améliorer leur performance économique. Deux réformes majeures symbolisent cette tendance : d'une part, la loi de financement de la sécurité sociale de 2003, dite « T2A » (« tarification à l'activité »), qui a entraîné un changement de financement des établissements hospitaliers visant à instaurer un tarif identique dans tous les établissements publics ainsi qu'une convergence avec le secteur privé permettant ainsi de mieux comparer les coûts d'hospitalisation entre les deux secteurs et d'attiser la concurrence entre établissements de santé. D'autre part, la loi de 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite « HPST », qui a entraîné une restructuration profonde des hôpitaux afin d'accompagner les changements allant dans le sens

de pratiques gestionnaires par une organisation idoine avec une gouvernance hospitalière nouvelle.

2.2 SPECIFICITES DES CLCC

Selon le Code de la Santé Publique, les CLCC « *assurent les missions des établissements de santé et celles du service public hospitalier, dans le domaine de la cancérologie* » (art. L6162-1). Ce sont des Etablissements de Soins Privés d'Intérêt Collectif (ESPIC), à but non lucratif, qui assurent, sous statut privé, une mission de service public hospitalier. Ils ont rang de Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et partagent avec leurs homologues CHU publics les trois missions de soins, d'enseignement et de recherche. Les CLCC, depuis leur création, se distinguent par deux caractéristiques : la spécialisation dans le champ du cancer (à toutes les étapes de la maladie : du dépistage à l'après-cancer) ainsi qu'une direction assurée par un médecin. Très longtemps en situation de quasi-monopole, les CLCC ont vu se développer une offre concurrente, dans les CHU mais aussi dans les cliniques privées, limitant aujourd'hui leur présence à 10% de la prise en charge des personnes atteintes d'un cancer¹.

Dans les années 1960, les CLCC ont fondé une fédération, UNICANCER, administrée par leurs directeurs et qui assure leur représentation au niveau de l'Etat, gère une convention collective spécifique ainsi qu'une centrale d'achats. En 2014, UNICANCER a élaboré un plan stratégique, en vue de renforcer le poids des CLCC face aux mouvements massifs de fusions-acquisitions des cliniques privées ainsi qu'à la volonté de l'Etat de regrouper les hôpitaux publics en Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT). Ce plan prévoyait des fusions de grande ampleur entre CLCC, en vue de réduire leur nombre de 18 à 9 sur le territoire français. Ce projet fut mal accueilli par les autorités de l'Etat ainsi que par les CHU publics, car en opposition aux logiques de territoires de santé et de coopération inscrites dans la loi HPST de 2009. Il se heurtait en même temps à un accueil peu enthousiaste au sein des CLCC eux-mêmes, qui y voyaient une remise en cause de leurs identités locales ainsi qu'un risque sur les emplois, notamment pour les structures de plus petite taille. En septembre 2016, le projet est ajourné pour la grande majorité des CLCC.

¹ En 2013, les CLCC représentent 3.632 lits, emploient 15.880 personnes en équivalent temps plein, ont pris en charge 110.336 patients (soit 9,8% des personnes atteintes d'un cancer) et ont bénéficié de 1,6 milliards d'euros de recettes de l'assurance maladie. Source : Cour des Comptes (2015). Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2015, septembre.

2.3 PRESENTATION DU CENTRE JEAN PERRIN (CJP)

Notre étude porte sur le Centre Jean Perrin (CJP), situé à Clermont-Ferrand, dont le périmètre couvre l'ancienne région Auvergne. Le CJP est un centre de taille moyenne, accueillant environ 27.000 patients par an (voir encadré 1) et faisant l'objet d'une certification sans réserve par l'HAS (Haute Autorité de la Santé) depuis 2003, témoignant de la volonté d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Le CJP a été fondé en 1973 par le doyen de la faculté de médecine, radiophysicien de spécialité, donnant à ce centre une excellence spécifique en radiothérapie et en médecine nucléaire, champs dans lesquels le centre conserve une position dominante en termes d'activité et de plateau technique. Il n'en est pas de même dans le traitement du cancer du sein, activité emblématique des CLCC, dans laquelle les cliniques privées locales ont progressivement développé leurs parts de marché, notamment dans les parties les plus rentables pour elles : dépistage systématique, chirurgie, chimiothérapies.

Encadré 1. Le CJP en quelques chiffres

Le CJP compte 130 lits et places, pour un CA de 82 millions d'euros et un budget d'investissement annuel de 4,8 millions d'euros.

750 salariés dont 180 médecins et internes travaillent au centre ; 60% des patients traités sont originaires du Puy de Dôme, 40% sont issus des trois autres départements d'Auvergne.

L'activité annuelle du centre représente 4.503 interventions sur 6 salles de bloc opératoire, 2.785 patients différents traités par chirurgie (cancers du poumon, du sein, de la thyroïde essentiellement), 10.384 séances de chimiothérapie en médecine (hospitalisation et hôpital de jour), 34.707 séances en radiothérapie. Le CJP est le 5^{ème} centre de médecine nucléaire européen.

Le CJP développe une importante activité de recherche fondamentale et clinique. Il a créé, en 2015, en partenariat avec le Centre de Recherche Clermontois en Gestion et Management (CRCGM), un groupe de recherche en innovation et management des organisations de lutte contre le cancer, Asclepios.

Devant fusionner début 2017 avec son homologue lyonnais trois fois plus important en termes d'activité, de chiffre d'affaire et d'effectif salarié, le CJP connaît une année 2015 mouvementée. La direction tente de mobiliser sur des projets annexes et de moindre incidence stratégique (précarité et cancer, addictologie), mais les démarches rencontrent peu d'adhésion, les salariés et la communauté médicale y voyant une recherche de légitimité de la part de la direction davantage que des orientations stratégiques en lien avec leurs attentes. En juin 2016, l'annonce d'un report sans échéance des fusions ramène un climat plus serein au CJP et les problématiques stratégiques locales reviennent au cœur des discours internes. Pour autant, le

CJP peine depuis plusieurs années sur le plan économique, la principale difficulté étant le financement de son plateau technique, enjeu fondamental en vue de rester innovant et ainsi attractif en termes de compétences médicales et de recherche.

2.4 LA METHODOLOGIE

Cette recherche se réclame d'une démarche compréhensive au sens de Dumez (2013). A partir d'une théorie d'orientation (en l'occurrence la théorie des paradoxes) et dans une logique abductive, elle cherche à décrire et expliquer un phénomène. Plus précisément, le recours à une étude qualitative de type étude de cas unique permet de contribuer à mettre au jour des mécanismes sociaux en explicitant le lien entre ce qui est observé et les causes possibles (Depeyre et Dumez, 2007).

La recherche a débuté au printemps 2016, dans le cadre de la création du groupe de recherche en management et innovation des organisations de luttres contre le cancer (Asclepios), dont l'objectif est de travailler sur les « *voies d'un développement soutenable par les établissements [CLCC] en même temps que compatible avec les contraintes et les logiques de l'environnement dans lesquels ils s'insèrent* » (document de présentation d'Asclepios). Les auteurs du présent article s'appuient plus particulièrement sur l'étude du Centre Jean Perrin (CJP).

Le travail mené relève plus spécifiquement d'une recherche-accompagnement, à mi-chemin entre accompagnement et recherche-intervention (Hatchuel, 2005 ; Bréchet et al., 2014). En effet, en lien étroit avec la démarche compréhensive retenue, « *une recherche-accompagnement vise à aider les acteurs à concevoir leur situation et leur avenir et à construire leur travail stratégique* » (Bréchet et al., 2014), sans pour autant prétendre transformer les acteurs ou leur manière de penser et d'agir, mais plutôt en accompagnant leur projet : « *il s'agit pour les chercheurs-accompagnateurs que nous sommes de concevoir et de proposer des formes susceptibles de permettre l'autonomisation des acteurs dans la conception, la réalisation, l'évaluation et la valorisation de leurs projets et de leurs pratiques* » (Beauvais et Haudiquet, 2012, p.172).

Le design méthodologique a consisté, dans un premier temps, à repérer des mots clés (à partir de documents internes et externes au CJP, analysés par le logiciel Tropes) permettant d'illustrer des paradoxes à l'œuvre. Dans un second temps, une dizaine d'entretiens semi-directifs avec des membres du personnel du CJP ont été menés afin d'identifier les paradoxes

perçus et les réponses apportées. Les personnes interviewées appartiennent à trois grandes catégories : personnel médical, personnel soignant, fonctions supports. Ces entretiens, d'une durée d'une à deux heures, ont fait l'objet d'un enregistrement et d'une retranscription intégrale pour exploitation verticale et horizontale, dans une logique de codage à partir des mots clés identifiés dans la phase d'analyse documentaire. Enfin, une triangulation des données primaires et secondaires a permis de formuler les paradoxes et de repérer les réponses stratégiques apportées.

3. RESULTATS : LES PARADOXES DU CJP

De par les évolutions de son environnement mais aussi son organisation interne, le CJP s'avère soumis à de nombreux paradoxes, mis en évidence à travers l'analyse documentaire et les entretiens individuels réalisés. Les quatre catégories de paradoxes identifiées par Smith et Lewis (2011) sont repérables. Le tableau 1 en propose quelques exemples.

Tableau 1. Exemples de paradoxes du CJP selon Smith et Lewis (2011)

Type	Nature des paradoxes identifiés au CJP	Verbatim illustratifs
paradoxes d'apprentissage (<i>learning paradoxes</i>)	<ul style="list-style-type: none"> Concurrence <i>versus</i> coopération 	<p>« D'un côté, on coopère (et l'ARS nous y encourage) et de l'autre côté, on est en concurrence parce que chacun essaye de prendre ou de garder ou de majorer la part rentable du marché » [5]</p> <p>« Les patients qui souffrent d'un cancer des poumons que l'on traite en chir thoracique on n'a pas le droit de les traiter en chimio puisqu'on doit les envoyer au CHU en pneumo. Dites-moi où est le lien pour le patient, il y a juste un intérêt éco ! » [4]</p>

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Paradoxes d'appartenance (<i>belonging paradoxes</i>)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Valeurs caritatives versus logique d'efficacité gestionnaire ▪ Cohabitation d'un monde médical, soignant et administratif ▪ Recherche : écart entre les valeurs et les pratiques des laboratoires pharmaceutiques 	<p>« Un médecin va vous dire qu'il s'en moque de la productivité, il est là pour sauver des vies. En sauvant des vies, il s'achète une Porsche tout de même » [2]</p> <p>« Dans un établissement comme le nôtre, on ne devrait pas faire payer les chambres particulières » [9]</p> <p>« On travaille tous ensemble, mais il y a toujours un clivage » [3]</p> <p>« Avec les laboratoires pharmaceutiques : c'est relativement simple car ils paient tout de A à Z » [1]</p> <p>« Au lieu de diaboliser les relations avec l'industrie et les laboratoires pharmaceutiques, comme on a de plus en plus de mal à financer des plateaux techniques de plus en plus coûteux, est-ce qu'on ne pourrait pas à l'américaine, mettre en place un système où on partage le risque au départ, en participant à la R&D ; et au moment de la commercialisation, le fournisseur ne va plus nous faire payer une machine ou un médicament, mais va nous le mettre à disposition et on va partager le fruit de la commercialisation. » [11]</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Paradoxes de gestion (<i>organizing paradoxes</i>)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Arbitrer au quotidien entre santé et gestion ▪ Injonctions externes quant à la qualité des soins versus mise en œuvre interne ▪ Spécificités liées à l'activité de cancérologie 	<p>« C'est le plan médical qui doit guider la sortie du patient. Et pas le plan financier ! » [7]</p> <p>« On nous impose d'être certifié, ce qui est une bonne chose car ça nous a permis de structurer, d'homogénéiser, de rationaliser. Mais aujourd'hui, on a intellectualisé cette certification et on nous demande de passer plus de temps à réfléchir à leurs protocoles et on n'a plus assez de temps pour en passer auprès du patient » [10]</p> <p>« Un malade qui a été opéré, ce n'est pas un malade qui a été opéré d'une prothèse de hanche. C'est un patient qui a été opéré d'un cancer et avec un pronostic vital qu'on ne connaît pas. Donc la prise en charge de l'infirmière ne peut pas être la même. » [4]</p>

paradoxes d'exécution (performing paradoxes)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Etre centrés sur des problèmes opérationnels internes au détriment des patients. ▪ Jeux d'acteurs 	<p><i>« Parfois on est centrés sur nos problèmes, et on oublie que derrière il y a des patients. Et on les prend un peu en otage par certains côtés » [9]</i></p> <p><i>« Les infirmières ont besoin d'être formées mais nous n'avons pas les moyens de les sortir des effectifs » [10]</i></p> <p><i>« A ne vouloir contrarier personne, on arrive à des situations chamalows » [3]</i></p> <p><i>« La coopération avec le CHU, elle est indispensable, elle n'est absolument pas problématique, elle ne pose que des problèmes de jeux de pouvoir » [5]</i></p>
---	--	---

Le CJP doit intégrer des tendances de fond, issues notamment des mutations apportées au système de santé par voie législative. Celles-ci initient un paradoxe central, autour duquel gravitent tous les autres : celui de la notion de performance appliquée au secteur de la santé. En effet, si celui-ci ressort bien évidemment comme paradoxe de gestion (par exemple, limiter la durée d'hospitalisation d'un patient et développer la chirurgie ambulatoire), celui-ci se retrouve également dans les autres catégories. En tant que paradoxe d'exécution, et pour suivre l'exemple précédent, il s'avère en effet moins coûteux et moins pénalisant pour le CJP de privilégier l'ambulatoire, quitte à payer au patient qui vient de loin une nuit d'hôtel, plutôt que de l'hospitaliser. De même, on repère un important paradoxe d'appartenance, avec des médecins et des soignants qui prônent des valeurs caritatives (*« dans un CLCC, on devrait pouvoir soigner tout le monde » [3]* ; *« dans les chartes de valeur d'Unicancer, il y a l'idée de l'absence du « reste à charge » [5]*), celles-ci s'opposant frontalement à la logique de quasi-marché (instituée par la loi Juppé), quand bien même cette dernière serait simplement considérée comme une approche purement comptable (*« On nous compare à des entreprises. [...] Mais aujourd'hui derrière, on n'a pas vu la satisfaction du patient client ; ce que l'on a vu c'est la contrainte économique. » [10]*). Cependant, cette contrainte économique est généralement considérée comme légitime (*« Le terme de rentabilité, c'est dans le but de dépenser le moins d'argent possible ou le plus efficacement possible. Et de pouvoir répondre aux attentes des équipes » [9]*), tant qu'elle n'est pas poussée à l'extrême, voire à l'absurde (*« pour répondre aux besoins de certification, il nous faut du personnel, mais on nous dit ce n'est pas possible parce que l'ARS nous demande de réduire les postes ! » [4]*). Enfin, concernant le paradoxe d'apprentissage, l'affrontement des logiques concurrentielles et coopératives est présent au quotidien, parfois vécu comme une contrainte (*« Sur la région*

Auvergne, on ne traite pas 10% du cancer, ce qui veut dire que les gens estiment qu'il y a mieux ailleurs.» [2] « Il y a les partenariats forcés, pour lesquels on n'a pas notre mot à dire, les partenariats orientés par l'ARS. Par exemple, on a vu partir notre unité phare l'Unité de Transplantation Médullaire, qui a été créée à Jean Perrin, développée à Jean Perrin et qui est partie à l'Hôtel Dieu d'abord et qui est maintenant à Estaing » [4]), parfois comme un véritable atout (« Dans les parcours patients, chaque établissement a sa place. [...] C'est plutôt une bonne chose parce qu'on a pas mal de technologies de pointe au CJP : on fait aussi de la chirurgie gynécologique et de la chirurgie du sein qui est extrêmement concurrentielle (et on peut parler de concurrence dans le domaine de la santé ; ce n'est pas un gros mot, c'est une réalité) » [3]).

Ainsi, l'innovation développée par un CLCC, nécessaire pour suivre les évolutions scientifiques en cancérologie, donc pour rester en pointe sur certaines spécialités, doit en même temps être partagée avec les établissements avec lesquels l'ARS encourage vivement la coopération dans le cadre d'une offre territorialisée. Parallèlement, les évolutions techniques (chirurgie ambulatoire, nouveaux procédés de traitement, coût des équipements, spécificité requise par des plateaux techniques de plus en plus pointus, etc.) imposent au CJP de raisonner en parcours de soin dans la logique territoriale des GHT, qui consiste à « identifier des territoires où le patient a un comportement cohérent en termes de besoins de soins et comment apporter, sur ce territoire, une offre de soins de proximité, éventuellement un peu plus distante pour des actes beaucoup plus techniques » [5].

Si la notion de performance pose question au regard des valeurs véhiculées par UNICANCER (notamment « un égal accès à des soins de qualité pour tous »²) et plus largement par les milieux médicaux et soignants, il appartient au CJP de transposer cette exigence de façon rationnelle et raisonnée. Pas toujours comprise (« On nous dit qu'il va falloir changer des choses mais il n'y a pas de ligne de conduite » [2]), la stratégie actuelle nécessite de jongler entre des impératifs paradoxaux : « dans l'exercice de tous les jours, on est écartelé entre les deux : à penser quelque chose et à être obligé de faire autre chose » [11].

Les tensions paradoxales auxquelles le CJP doit faire face sont donc nombreuses mais elles ne sont pas toujours spontanément perçues par les personnels ou, si elles le sont, elles sont considérées comme lointaines et du fait de quelques acteurs collectifs et mal identifiés (« la direction », « les syndicats », « le Ministère » ...). La réflexion proposée aux personnes

² Source : Charte UNICANCER

interrogées dans le cadre de cette recherche a fait office de révélateur pour nombre d'entre elles, qui, de fait, s'emparent du concept de paradoxe pour d'une part se l'approprier et d'autre part tenter de leur apporter des réponses.

4. DISCUSSION : S'APPROPRIER LES PARADOXES AFIN DE LES DEPASSER : LES ENJEUX DE LA STRATEGIE.

4.1 LA STRATEGIE DU CJP, COMME REPONSE AUX PARADOXES

Ces réponses, le CJP en apporte aujourd'hui des éléments au travers de projets qui se veulent mobilisateurs. Ainsi la création d'un institut du sein, avec pour objectif d'être « *présent sur toute la filière, depuis le dépistage systématique jusqu'au palliatif* » [5] est actuellement en cours de discussion, en partenariat avec un établissement privé clermontois. Particulièrement délicat à mettre en œuvre, puisqu'il s'agit de monter une unité de soins commune, en partageant les activités, le projet semble malgré tout mobilisateur, notamment dans sa dimension novatrice (création d'un univers virtuel pour le patient, création d'une marque commune) et, étonnamment, il fédère plus facilement qu'un projet *a priori* plus simple comme la mutualisation d'un équipement lourd de type scanner ou IRM. Ici, le paradoxe d'apprentissage « concurrence / coopération » va être utilisé par les dirigeants dans un discours faisant de la concurrence un outil d'innovation : « *on motive par du nouveau, de l'inédit, une utopie mobilisatrice* » [11]. Les dirigeants vont notamment proposer comme clé potentielle de succès de développer une plateforme d'accueil et de gestion des cas qui donneront au CJP autorité sur la régulation et la gestion de la filière de soins sur tout le territoire.

Plus largement, le cas du CJP met en évidence l'ambiguïté du lien entre la qualité des soins (excellence scientifique, innovation, équipements disponibles, qualifications du personnel, etc.) et la recherche de performance, notion qui mérite d'ailleurs d'être précisée (Minvielle, 2003). En partant des six dimensions de la performance identifiables dans le secteur de la santé (économique/financière ; de légitimité ; du travail en réseau ; d'utilité sociale ; d'efficacité organisationnelle ; humaine et sociale), Lux (2016) met en évidence l'importance de la *représentation* que les directeurs des établissements de santé donnent à cette notion de performance et insiste sur sa dimension très subjective. D'un directeur d'établissement à l'autre donc, mais aussi d'un individu à l'autre au sein d'un même établissement, il apparaît

donc que des représentations très diverses accompagnent ces réflexions incontournables sur la logique d'efficacité gestionnaire applicable au domaine de la santé (Minvielle, 2003 ; Mazouz et *al.*, 2015 ; Lux, 2016). Dans le cas du CJP, le paradoxe d'appartenance relevé montre l'opposition entre discours expert et discours stratégique. Les valeurs d'UNICANCER (non lucrativité, pas de dépassements d'honoraires, action médicale désintéressée et motivée par la mission de service public) s'opposent à la logique d'efficacité gestionnaire des dirigeants, les mondes construisant en interne même des contradictions. La prise en compte du paradoxe semble ici relativement peu développée, les acteurs en interne étant simplement conscients de la situation. En l'absence de *représentation* permettant à chacun des mondes de penser la cohabitation entre contrainte d'efficacité et mission de service non lucrative, ne faudrait-il pas chercher la structuration d'une telle organisation pluraliste autour d'une stratégie capable de prendre en compte les attentes, schèmes, langages et temporalités propres aux mondes gestionnaire et médical en présence (Carlile, 2002) ?

4.2 Les paradoxes, un objet-frontière

Admettre l'existence des paradoxes pose la question de leur influence sur les stratégies développées dans l'univers hospitalier, ainsi que de l'utilisation positive qui pourrait en être faite par les dirigeants (Smith et Lewis, 2011). En effet, dans ces organisations, l'élaboration des stratégies passerait ainsi par la construction de représentations autour desquelles les mondes sociaux en présence pourront s'approprier les démarches de changement et d'innovation (Nautré et Kononovich, 2014).

Les travaux de Star et Griesemer (1989) fondent le concept *d'objet-frontière*, capable de construire des représentations et de permettre la coopération entre des communautés de pratiques (mondes sociaux) ne partageant ni les mêmes langages, ni les mêmes attentes, ni les mêmes temporalités (Carlile, 2002), ici les mondes médical, gestionnaire et politique. Les représentations portées par l'objet-frontière doivent comporter un degré suffisant d'abstraction pour permettre le dialogue entre les mondes et être en même temps suffisamment standardisables pour le rendre communément interprétable. Le concept d'objet-frontière a trouvé de nombreuses applications autour du concept de territoire en santé, mobilisant la représentation du dossier patient pour la construction collective d'un réseau de santé au sein d'un territoire (Grenier, 2004), ou encore analysant la structuration d'une filière de gériatrie sur un territoire de santé (Nautré et Kononovich, 2014).

Le paradoxe, dès lors qu'il a été mis en évidence au sein de l'organisation, pourrait alors représenter cet objet-frontière. De fait, le paradoxe porte de manière intrinsèque, et notre observation le met clairement en évidence, une part d'abstraction permettant à chaque monde social en présence de se le représenter en fonction de ses attentes, de son langage, des schèmes et routines qui structurent sa vision de l'action collective. En même temps, il symbolise un problème partagé par ces mêmes mondes qui appelle, dès lors qu'il sera utilisé par le leader, à une forme de standardisation en vue de le rendre collectivement interprétable. Enfin, le paradoxe montre sa capacité à favoriser la coopération sans imposer pour autant le consensus entre les acteurs des mondes en présence. Or, cette absence de consensus incite chaque monde à interroger l'autre, interrogation ou tension au travers de laquelle se génère et s'entretient la capacité d'innovation (Star et Griesemer, 1989). Cette approche pourrait ainsi rapprocher les observations quant à la complexité du *strategizing* au sein de ces organisations, avec celles, tout aussi problématiques, de la façon d'y piloter les démarches de changement et d'innovation.

Ainsi, si les paradoxes du CJP peuvent être considérés comme des objets-frontière, la réponse stratégique du CJP passe par des représentations partagées, acceptables par les trois mondes qui cohabitent dans ce milieu professionnel. L'une des conditions de réussite serait alors d'« avoir pleine conscience de la nature paradoxale des systèmes que l'on dirige » (Talbot, 2003, p.23) et de mettre en place des dispositifs managériaux qui permettent de relier entre eux les pôles des paradoxes.

CONCLUSION

Les travaux portant sur les paradoxes sont nombreux (Lewis, 2000 ; Smith et Lewis, 2011 ; Jarzabkowski et *al.*, 2013) mais peu nombreux sont ceux à traiter du secteur de la santé et plus rares encore des CLCC. Face à ce constat, l'objectif de cette recherche était d'identifier les paradoxes auxquels sont confrontés les CLCC, et plus spécifiquement le CJP, et la réponse stratégique adoptée afin de parvenir à les concilier. Notre recherche, à visée compréhensive, se fonde sur une étude de cas unique constituée d'une analyse documentaire et d'entretiens individuels. Les biais qui en découlent sont ceux liés à la formulation des paradoxes par les interviewés et à l'interprétation qui en est faite par le chercheur lui-même. D'autre part, portant sur un CLCC particulier – le CJP – il convient d'être prudent dans la généralisation des résultats aux autres CLCC, voire aux établissements hospitaliers plus largement.

Dans le cas étudié, les paradoxes selon le modèle de Smith et Lewis (2011) – d'apprentissage, d'appartenance, de gestion et d'exécution – s'articulent autour d'un paradoxe central qui impacte tous les autres : la performance devient la clé de voûte et la finalité de l'ensemble des changements opérés au sein du CJP. Si celle-ci n'est pas systématiquement perçue de façon négative, les acteurs interrogés soulignent l'importance de transposer les paradoxes associés de façon rationnelle et raisonnée afin qu'ils soient mieux perçus. En effet, admettre l'existence des paradoxes permettrait d'agir sur les stratégies développées dans l'univers hospitalier puisqu'ils pourraient être utilisés de façon positive par les dirigeants (Smith et Lewis, 2011). Dès lors, le paradoxe pourrait représenter un objet-frontière permettant aux mondes sociaux présents (médical, gestionnaire et politique) de se le représenter en fonction de leurs attentes, de leur langage, des schèmes et routines qui structurent leur vision de l'action collective. Sur la base de processus managériaux idoines, cette approche favoriserait ainsi la coopération entre les communautés de pratiques. Parvenir à gérer les paradoxes s'avère donc être une source de création de valeur, grâce au changement et à l'innovation ainsi générés.

REFERENCES

- Aucoin, P. (1990). Administrative Reform in Public Management: Paradigms, Principles, Paradoxes and Pendulums, *Governance*, n° 3, 115-137.
- Beauvais, M., Haudiquet, A. (2012). La recherche-accompagnement : des postures en retrait pour des visées autonomisantes, *Pensée plurielle*, n° 30-31, 165-174.
- Bréchet, J.-P., Émin S., Schieb-Bienfait N., (2014). La recherche-accompagnement : une pratique légitime, *Finance Contrôle Stratégie*, 7(2), 1-25.
- Brémond, M., Mick S., Robert D., Pascal C., Claveranne J-P. (2013). Crises et tensions au sein de l'hôpital public : changer la donne ou donner le change ? *Les Tribunes de la santé*, n° 38, 77-94.
- Bruyère, C. (2008). Les réseaux de santé français: vers un arbitrage des contraires. *Management international*, 13(1), 75-84.
- Carlile, P. R. (2002). A pragmatic view of knowledge and boundaries: Boundary objects in new product development. *Organization science*, 13(4), 442-455.
- Christensen, T. (2012). Post-NPM and changing public governance. *Meiji Journal of Political Science and Economics*, 1(1), 1-11.
- Curchod, C., Morales, J., Talbot, D. (2015). Des organisations sous pression. Quand la légitimité, l'identité et le *sensemaking* sont menacés, *Revue française de gestion*, N° 248, 11-21.

- Depeyre, C., Dumez H. (2007). La théorie en sciences sociales et la notion de mécanisme : à propos de Social Mechanisms. *Le Libellio d'ÆGIS*, 3(2), 21-24.
- DiMaggio, P., Powell, W. (1983). The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. *American Sociological Review*, 48(2), 147-160.
- Dumez, H. (2013). Qu'est-ce que la recherche qualitative ? Problèmes épistémologiques, méthodologiques et de théorisation, *Annales des Mines-Gérer et comprendre*, No. 2, 29-42.
- Grenier, C. (2014). Proposition d'un modèle d'espaces favorables aux habiletés stratégiques. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 32(1), 3-10.
- Guedri, Z., Hussler, C., Loubaresse, É. (2014). Contradictions, paradoxes et tensions en contexte(s), *Revue française de gestion*, N° 240, 13-28.
- Hamel, G. P., Prahalad, C. K. (1989). Strategic intent. *Harvard Business Review*, 67(3), 63-78.
- Hatchuel, A., (2005). Towards an Epistemology of Collective Action: Management Research as a Responsive and Actionable Discipline, *European Management Review*, 2, 36-47.
- Hood, C., Peters, G. (2004). The Middle Aging of New Public Management: Into the Age of Paradox? *Journal of Public Administration Research and Theory*, 14(3), 267-82.
- Jarzabkowski, P., Lê, J., Van De Ven, A. (2013). Responding to competing strategic demands: How organizing, belonging, and performing paradoxes coevolve, *Strategic Organization*, 11(3), 245-280.
- Josserand, P., Perret, V. (2003). Pratiques organisationnelles du paradoxe. *Le paradoxe : Penser et gérer autrement les organisations*, Ellipses, 165-187.
- Lewis, M. (2000). Exploring paradox: Toward a more comprehensive guide. *Academy of Management Review*, 25(4), 760-776.
- Lux, G. (2016). Les représentations de la performance des directeurs d'Établissements et Services Médico-Sociaux, *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, n° 21, 46-68.
- Martinet, A.-C. (2016), Recherche en stratégie : un problème de granularité, *Revue française de gestion*, N° 256, 11-18.
- Masquelet, A. (2011). L'hôpital public victime des injonctions paradoxales, *La Revue du praticien*, 61(10), 1340-1342.
- Mazouz, B., Rousseau, A., Sponem, S. (2015). Les gestionnaires publics à l'épreuve des résultats, *Revue française de gestion*, N° 251, 89-95.
- Mintzberg, H., Waters, J.A. (1985). Of strategies, deliberate and emergent. *Strategic management journal*, 6(3), 257-272.
- Minvielle, É. (2003). De l'usage de concepts gestionnaires dans le champ de la santé. Le cas de la qualité hospitalière, *Revue française de gestion*, N° 146, 167-189.
- Moison, J.-C. (2008). Gouvernance clinique et organisation des processus de soins : un chaînon manquant ? *Pratiques et organisation des soins*, 39(3), 175-181.
- Nautré, B., Kononovich, K. (2014). Du féodalisme établissement au pilotage de territoire - Un objet frontière & une innovation. *Journal de gestion et d'économie médicales*, Vol. 32, 25-45.

- Oliver, C. (1991). Strategic Responses to Institutional Processes. *Academy of management review*, 16(1), 145-179.
- Perret, V., Josserand, E. (2003). *Le paradoxe: Penser et gérer autrement les organisations*. Ellipses.
- Pollitt, C., Bouckaert, G. (2004). *Public Management Reform: A Comparative Analysis*. Oxford University Press.
- Poole, M.S., Van de Ven, A.H. (1989). Using Paradox to Build Management and Organizational Theories, *Academy of Management Review*, 14(4), 562-578
- Saias, M., Métais, E. (2001). Stratégie d'entreprise : évolution de la pensée. *Finance Contrôle Stratégie*, 4(1), 183-213.
- Schad, J., Lewis, M., Raisch, S., Smith, W. (2016). Paradox Research in Management Science: Looking Back to Move Forward, *The Academy of Management Annals*, vol. 10, 5-64.
- Smith, W., Lewis, M. (2011). Toward a theory of paradox: A dynamic equilibrium model of organizing, *Academy of Management Review*, 36(2), 381-403.
- Star, S. L., Griesemer, J. R. (1989). Institutional ecology, translations and boundary objects: Amateurs and professionals in Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907-39. *Social studies of science*, 19(3), 387-420.
- Talbot, C. (2003). La réforme de la gestion publique et ses paradoxes : l'expérience britannique, *Revue française d'administration publique*, N°105-106, 11-24.