

Entre le stéthoscope et le compte de résultat : Que disent les médecins-gestionnaires sur leur gestion des paradoxes ?¹

1305

Résumé : Comment les chefs de pôle font-ils face au travail de conciliation d'activités paradoxales qui leur est transféré depuis la mise en place des pôles d'activités à l'hôpital ? A partir d'une étude de cas de 26 entretiens réalisés dans un grand CHU français, et en mobilisant la littérature sur les paradoxes, nous concluons à la diversité des situations. Nous le décrivons à partir de deux typologies, l'une sur la nature des paradoxes rencontrés, l'autre sur la manière d'y faire face. De cette variabilité inter et intra-individuelle, nous concluons que le pari qui a guidé la réforme, à savoir la capacité intrinsèque du chef de pôle à transcender le paradoxe, est loin d'être vérifié. Pour autant, le « médecin-gestionnaire » n'est pas non plus systématiquement dans une situation de « souffrance » individuelle.

Mots-clé : Hôpital, Pôle, Chefs de pôle, Paradoxes, Hybride, Nouveau management public

Abstract: How do clinical-unit directors cope with the emergence of paradoxical situations they have to face in their newly appointed management responsibilities as heads of activity-based units of French public hospitals? From our 26-interview based case study and the literature on paradoxes, we show that situations are diverse through two typologies. One typology describes the nature of the paradoxes that the clinical-unit doctors say to meet; the other outlines their way of coping with them. We infer that the underlying principles of the reform, namely the intrinsic ability of the clinical-unit directors to transcend paradoxes is far from being verified. But it does not mean either that “physician-managers” necessarily experience undue suffering.

Keywords: Hospitals, Professional-managers, Paradoxes, Hybrid, New public management

1 Ce travail a fait l'objet d'une présentation lors de la journée de recherche.....du.....Il est par ailleurs en cours de soumission dans la revue Sciences Sociales et Santé.

Depuis 2007, dans les hôpitaux français, les services se regroupent en « pôles d'activités ». Cette réorganisation participe d'un changement plus large visant à promouvoir une régulation plus médico-économique. Jusqu'à alors, les deux principales missions –médicales et économiques, de l'hôpital, étaient largement assurées par une partition des rôles, entre les médecins d'un côté et les gestionnaires de l'autre. La création des pôles et la désignation de médecins responsables, appelés « chefs de pôle », auxquels sont déléguées des activités de gestion en sus de leurs traditionnelles activités cliniques, change la donne. Il est fait le pari que ce « médecin-gestionnaire », par l'hybridation de ses compétences et de sa légitimité, peut concilier les antagonismes entre la clinique et l'économique, d'une manière plus satisfaisante que ne le faisait l'organisation antérieure. Cela ne va pourtant pas de soi. De nombreux travaux mettent en avant les difficultés à tenir des rôles hybrides : obstacles culturels et cognitifs, poids des conflits internes, difficultés à agir, risques de dissonance cognitive. A cela s'ajoute le constat du défaut d'accompagnement des établissements pour aider les individus à acquérir de nouvelles compétences et prendre la mesure des conflits auxquels ils ont à faire face. Pour apprécier la portée de ces changements structurels, l'analyse de la manière dont médecins-gestionnaires s'approprient le rôle qui leur est affecté et font face aux conflits potentiels est alors importante.

Ce travail s'intéresse donc à la manière dont les chefs de pôle font face à la gestion des contradictions qui leur sont transférées et à son impact pour la gestion organisationnelle des paradoxes. Il repose sur des entretiens semi-structurés conduits avec des chefs de pôles d'un grand CHU français. Dans une revue de littérature sur l'hybridation des rôles, nous mettons d'abord en avant le poids des conflits de rôle, puis affinons ces premières analyses par la mobilisation de la littérature sur les paradoxes. Son examen plus spécifique nous permet de sélectionner des typologies pertinentes pour rendre compte des paradoxes rencontrés par les chefs de pôle ainsi que la manière dont ils y font face. L'analyse des discours montre que, dans la plupart des cas, les chefs de pôle se vivent effectivement en situation de gestion de paradoxes, qu'ils perçoivent toutefois de nature différente, et auxquels ils ne réagissent pas tous de la même manière. Nous concluons sur la variété à la fois inter-individuelle et intra-individuelle de la gestion des paradoxes. Ces résultats vont ainsi à l'encontre de l'idée selon laquelle l'hybridation serait une voie vertueuse pour dépasser les contradictions entre le médical et l'économique. Pour autant, elle n'est pas nécessairement synonyme de difficultés individuelles systématiques. Au niveau organisationnel, si dans certaines situations, l'hybridation peut être source de grandes difficultés ou d'innovation, elle peut aussi conduire au statu quo ou ne produire que des illusions de changements.

1. ETRE CHEF DE POLE : FAIRE FACE AU TRANSFERT DE GESTION DE PARADOXES

La promotion d'une nouvelle régulation médico-économique par désignation de médecins gestionnaires se traduit concrètement par deux mouvements dépendants l'un de l'autre : l'hybridation de rôle de certains médecins et le transfert vers ces individus de l'activité de conciliation des objectifs cliniques et des objectifs médicaux pris en charge jusqu'alors par des groupes d'acteurs différents. Se trouve alors au cœur des enjeux de l'hybridation de rôle, la gestion de conflits de rôles, que nous allons principalement étudier par le biais de la littérature sur la gestion des paradoxes.

11 L'HYBRIDATION DE ROLE, PIECE MAITRESSE ET FRAGILE DE LA DECONCENTRATION DE GESTION

Quelques 630 hôpitaux français (CHU, centres hospitaliers, centres psychiatriques) sont depuis 2007 (ordonnance du 2 mai 2005, réforme dite « nouvelle gouvernance ») organisés en pôles d'activités, formés par regroupements de services. Ces regroupements doivent créer des unités cliniquement homogènes pour faciliter les synergies, et être de taille suffisante pour permettre des délégations de gestion. Ils sont assortis d'une volonté de ré-agencer les rôles des médecins et des gestionnaires, selon un principe de déconcentration. Le rapport de l'IGAS (2010) souligne par exemple que :

Cette réorganisation se situe dans un mouvement général historique qui, au nom du principe de subsidiarité, demande aux établissements de s'inscrire dans la déconcentration de gestion vers le corps médical. L'idée générale est de faire prendre les décisions qui peuvent l'être par les acteurs de terrain, l'objectif étant d'améliorer la prise en charge du patient par une meilleure organisation décidée au niveau opérationnel et de responsabiliser les équipes soignantes en vue de la réalisation d'économies de gestion.

La constitution des pôles vise ainsi une plus grande implication des médecins dans l'activité économique. Elle est étroitement couplée à la réforme de la tarification des établissements. De manière simplifiée, les hôpitaux sont passés d'un système où le budget est fixé globalement par négociation avec la tutelle en fonction de critères multiples, à un système qui connecte étroitement les recettes à l'activité. Les différentes prises en charge des malades (GHM) sont affectées d'un «tarif» (système T2A). L'établissement reçoit alors un budget dépendant de son volume et de sa gamme d'activité. Le lien établi entre recette et activité peut permettre au pôle de devenir une unité de gestion. On voit ainsi se mettre en place des comptes de résultats par pôle. Si le pôle devient une

unité de gestion, alors les médecins, mieux outillés, peuvent être plus impliqués dans l'activité économique. Le rapport de l'IGAS souligne ainsi que :

Le passage à la T2A a fait basculer le monde hospitalier dans la culture des recettes, domaine dans lequel le corps médical est le prescripteur. Le pôle étant devenu l'échelon pertinent de la gestion médico-économique, il n'y a plus d'autres choix que d'impliquer les médecins et plus généralement les soignants dans cette dimension.

Les chefs de pôles sont alors au cœur de cette redéfinition des rôles.

En nommant des médecins chef de pôle, on parie sur la maîtrise médicalisée des dépenses contre la maîtrise comptable (permanent FHF, actif dans la réforme).

Le chef de pôle, tout en conservant son activité clinique et le cas échéant d'enseignement et de recherche, se voit attribuer des responsabilités de gestion regroupant plusieurs tâches, pilotage de projets médico-économiques, y compris hors de sa discipline clinique, « management » des hommes et des femmes qui participent au pôle, justification et négociation des dépenses et des recettes auprès de l'administration centrale, gestion d'enveloppes autonomes de dépenses comme celle des mensualités de remplacement du personnel paramédical. Si le chef de pôle ne se transforme pas radicalement en « chef d'entreprise », comme certains pouvaient en rêver lors de leur prise de poste, son activité devient néanmoins plus hybride et pose nettement les bases d'un changement de régulation.

Cette place plus importante donnée aux professionnels dans l'activité de gestion caractérise de nombreuses réformes de la gestion publique, classées sous l'étiquette « new management public ». Les changements que connaissent les hôpitaux français aujourd'hui ont été vécus dans d'autres pays et dans d'autres secteurs. En Angleterre par exemple, des études ont été réalisées au sein de la police (Brooks, 1999 ; Butterfield et al., 2004 ; 2005), de la population des infirmiers-managers, (Bolton, 2000 ; 2004), des « médecins-managers » (Ashburner et al., 1996 ; Button et Roberts, 1997 ; Fitzgerald et Ferlie, 2000 ; Llewellyn, 2001, Ferlie and Shortell, 2001). Il en ressort que l'« hybridation » est appréhendée comme une manière de résoudre des problèmes de frontières entre des activités organisationnelles différentes, via le déploiement de compétences complexes. On attend de l'« hybride », parce qu'il est doté d'une légitimité professionnelle, qu'il joue le rôle de médiateur. Il doit d'une part favoriser la transmission des informations, des normes, des pratiques, des représentations, du monde de la gestion vers celui des professionnels, et d'autre part, être le porte-parole des professionnels dans le monde gestionnaire. Par son acculturation au monde de la gestion, le professionnel doit pouvoir trouver des solutions professionnelles aux problèmes économiques mais aussi intégrer dans ses projets professionnels les contraintes de gestion que maintenant il connaît et doit accepter.

Si les travaux vantent les mérites de l'hybridation comme ressort d'une gestion professionnalisée, ils soulignent aussi les problèmes de sa mise en œuvre. Certains mettent en avant des phénomènes de résistance cognitive (Dopson et al., 2002), beaucoup insistent sur les « tensions de rôles » (Kahn et al., 1964). Ces tensions peuvent se manifester sous la forme d'« ambiguïtés de rôles », la mauvaise définition des rôles va contribuer à « perdre » l'acteur au sein de ses activités, ou plus encore de « conflits de rôles ». Désignant l'incompatibilité perçue entre différentes attentes, le conflit de rôle va toucher la gestion du temps, les compétences requises, l'identité. Pour Loubet (2007), qui a mené un travail de doctorat portant sur la France, les tensions et conflits nés de l'hybridation des rôles des médecins à l'hôpital ou dans les réseaux de soins sont un point majeur de fragilité des réformes de gestion hospitalières.

Dans le cas de notre étude, l'hybridation n'est pas une simple adjonction de rôle. Le médecin-gestionnaire doit non seulement parer à deux activités, mais qui plus est, à deux activités en fortes tensions. Ainsi parle par exemple un permanent de la FHF ayant travaillé sur la réforme.

On peut dire qu'il y avait deux mondes inconciliables. Les directeurs d'hôpitaux avec leur culture budgétaire, juridique et de santé publique, les médecins porteurs de leur connaissance médicale, enracinés dans la relation patient-malade. Quand l'hôpital a été mis sous contraintes, tout le monde s'est dit qu'il fallait arrêter la schizophrénie. Nous avons créé les pôles et les chefs de pôles. (Permanent FHF, actif dans la réforme).

Si le conflit est intrinsèque aux « doubles rôles », il est décuplé dans cette situation où les rôles appartiennent à des mondes difficilement conciliables. La création des pôles et des chefs de pôles est un moyen de déplacer la prise en charge de la contradiction de l'organisation à l'individu. La réforme cherche à sortir du fonctionnement pluraliste, fonctionnement dans lequel chaque groupe d'acteurs est porteur d'une logique, la résolution des tensions inhérentes étant assurée au niveau collectif sur le mode du conflit/négociation (Denis, et al., 2001 ; Denis, et al., 2007). En forçant légèrement le trait, on peut dire qu'il pèse sur le chef de pôle, la charge de « stopper la schizophrénie » organisationnelle mais plus encore de « l'endosser ». Il doit trouver des solutions nouvelles pour « gérer » le conflit clinique/gestion.

Etudier la manière dont les médecins-chefs de pôles réagissent face au transfert de cette gestion de « l'inconciliable » est l'objet de notre travail. Il exige de comprendre comment les chefs de pôle font face aux conflits nés de l'hybridation de leur rôle. Les travaux sur les paradoxes, notion qui prolonge celle de conflit, sont particulièrement utiles pour aller plus loin dans l'analyse.

12 FAIRE FACE AUX SITUATIONS PARADOXALES, CONSTRUCTIONS DE TYPOLOGIES

Certains auteurs, reconnaissent le caractère inévitable des paradoxes et s'attachent à en identifier leur nature et la manière dont ils sont pris en charge par les individus et les organisations. Le paradoxe (Perret, Josserand, 2003) désigne deux propositions contraires voire contradictoires, qui, prises séparément sont irréfutables, mais assemblées semblent incompatibles ou incohérentes. Pour les psycho-sociologues, le paradoxe naît de la négation, de la non reconnaissance explicite de cette contradiction. Smith et Berg (1988) les distinguent d'autres notions, comme le *dilemme*, situation exigeant un choix exclusif entre deux situations (« ou-ou ») ou l'*ambivalence*, incertitude de choix entre deux alternatives, aux conséquences inconnues. Faire face à un paradoxe n'implique pas de choisir entre les propositions perçues comme contradictoires mais de les accepter simultanément comme nécessaires. Pour Ford et Backoff (1988), le paradoxe est un phénomène subjectif et donc relatif, il est socialement construit à travers les interactions et il apparaît quand les contraires, jusque là ignorés, s'activent simultanément. Il est ainsi particulièrement présent dans les organisations où coexistent plusieurs parties prenantes, en situation de liens hiérarchies multiples (comme les structures matricielles) ou dans les positions hiérarchiques intermédiaires.

Parmi les nombreux travaux s'intéressant aux paradoxes, nous avons en avons retenu deux types. Les premiers s'essaient à mieux définir les paradoxes en regardant leur nature, les seconds se centrent sur le positionnement des individus ou des organisations en situation de gestion de paradoxes.

121 DIFFERENTS TYPES DE PARADOXES SELON LÜSCHER ET LEWIS (2008)

Lüscher et Lewis (2008) partent d'un travail inductif sur le management intermédiaire en situation de changement, et identifient trois types de paradoxes : les paradoxes « de performance », « d'appartenance » et « d'organisation ». Le paradoxe « de performance » renvoie à la nécessité de répondre à des objectifs qui paraissent contradictoires ; par exemple, la nécessité de réduire les coûts et d'améliorer la qualité. Le paradoxe « d'appartenance » désigne un conflit de loyauté et de légitimité. Il se rencontre notamment dans les situations de management intermédiaire qui exige d'être loyal envers son équipe tout en obéissant aux supérieurs alors qu'il y a une perception d'incompatibilité des attentes. Le dernier, le paradoxe « d'organisation », a été largement traité dans le notion de conflit de rôle. Au niveau individuel, il concerne la nécessité de développer des activités « contraires » et de leur allouer des ressources limitées (par exemple impulser de nouveaux changements et exploiter les changements en cours) ou de développer des compétences qui semblent contradictoires (par exemple être discipliné et créatif).

Si les paradoxes sont considérés comme inhérents à la vie des organisations, ils sont aussi jugés préjudiciables. Au niveau des organisations, ils sont contraires aux principes de bonne gestion qui reposent traditionnellement sur l'idée d'unité et plus encore de cohérence. Pour les individus, ils

peuvent être sources de souffrance et de stress lorsqu'ils ne sont pas reconnus (Bateson, 1972 ; Schneider, 1990) et se matérialisent notamment par de la « dissonance ». La manière dont les organisations et les individus font « face aux paradoxes » devient alors une question cruciale pour le fonctionnement organisationnel.

122 LES POSITIONS FACE AUX PARADOXES

De nombreuses typologies sont proposées pour décrire les positions des organisations et des individus face aux paradoxes. Nous en présentons ici trois. La plus mobilisée est certainement celle de Poole et Van de Ven (1989). Si cette typologie ne précise pas si elle s'intéresse au niveau individuel ou organisationnel, nous notons qu'elle a été principalement mobilisée pour rendre compte du fonctionnement des organisations. Les auteurs identifient quatre manières de gérer les contradictions : (1) « l'acceptation » (les deux thèses opposées A & B sont séparées et leurs contrastes acceptés), (2) « la clarification spatiale » (A&B sont situés à des niveaux ou lieux sociaux différents), (3) « la séparation temporelle » (A&B sont séparés temporairement), ou (4) « la résolution » (de nouvelles perspectives sont proposées qui éliminent l'opposition entre A&B, soit par synthèse, compromis, soit par transcendance). Dans trois cas sur quatre, la situation paradoxale *ex ante*, est supprimée par un « travail de gestion des paradoxes » ; c'est seulement dans le premier cas d' « acceptation » que le paradoxe est laissé en l'état et accepté comme tel. Le deuxième type, la « clarification spatiale » peut caractériser le fonctionnement pluraliste de l'hôpital avant la réforme. Face à la nécessité d'assurer la qualité/sécurité des soins et celle de maîtriser les dépenses, les rôles ont été distribués entre médecins et gestionnaires. L'arrangement de type 4, « résolution », se retrouve lui dans le mouvement actuel de recherche d'une plus grande implication des médecins dans l'atteinte des objectifs économiques. Leur position sociale dans l'organisation et leur compétences/connaissances doivent leur permettre de faire un travail de compromis ou de transcendance pour alléger les tensions organisationnelles.

D'autres typologies se sont exclusivement centrées sur le niveau individuel. Pour analyser les matériaux recueillis auprès des médecins, nous en avons retenu deux que nous jugeons complémentaires. Westenholz (1993) étudie une organisation coopérative soumise à des objectifs *a priori* contradictoires, relevant du principe de solidarité et du principe de marché, débattus de manière récurrente au niveau collectif. A partir de l'analyse des discours, l'auteure relève trois types de positionnement individuel. Le premier est qualifié de « logique ». Les individus choisissent l'un des deux principes, de solidarité ou de marché, et nient la légitimité de l'autre. Le deuxième, « pluraliste », conduit l'individu à choisir un principe tout en tolérant la présence d'autres positions dans l'organisation. La gestion individuelle se fait selon une pensée binaire tout en reconnaissant à l'organisation le droit à la conjonction, au « et-et ». Au niveau de l'organisation, ceci correspondrait

à la différenciation spatiale évoquée par Pool et Ven de Ven (1989), acceptée ici par l'individu. Enfin, la troisième approche, « schizophrène », se retrouve chez des personnes qui sont prises par les contradictions sans pouvoir choisir un « camp ». Elles appréhendent toujours le monde de manière alternative, tout en regrettant que ce ne soit pas sous le mode de la conjonction. Cette typologie construite dans une situation proche de celle qui nous intéresse, celle de l'étude du positionnement individuel face à un paradoxe énoncé au niveau organisationnel, ne reconnaît toutefois pas à l'individu la possibilité d'intégrer et d'accepter les propositions contradictoires.

Au contraire, les travaux de Lewis (2002) s'intéressent spécifiquement aux situations/positions où existe une forme d'acceptation des paradoxes. Elle met l'accent sur trois positions individuelles face aux paradoxes. « L'acceptation » correspond au fait d'apprendre à vivre avec le paradoxe et à agir « par les paradoxes ». Cette position et ce terme se retrouvent chez Poole et Van de Ven (1989). Il supposerait au niveau individuel certaines « dispositions particulières » pour pouvoir accepter une chose et son contraire, sans que cela ne suscite de réaction individuelle particulière. La « confrontation » appelle à la discussion des tensions en vue de construire une compréhension plus accommodante des pratiques. Elle peut concrètement se traduire par le recherche effrénée de compromis, le développement de l'humour ou de l'ironie sur l'objet, la minimisation. C'est finalement une acceptation partielle qui exige un travail de positionnement individuel permanent face à la contradiction. Enfin, « la transcendance » correspond à une activité de transformation de la part des individus pour faire de tensions considérées *ex ante* comme contradictoires des entités considérées *ex post* comme complémentaires ou inter-reliées.

Ainsi ressort de la littérature sur les paradoxes que les situations paradoxales, exprimées par la nécessité pour des individus ou des organisations de satisfaire A et B, alors que A et B semblent incompatibles, sont de nature diverses certes, mais peuvent être appréhendées par une typologie définissant des paradoxes de performance, d'organisation et d'appartenance. Ces travaux suggèrent, de manière plus évidente que ne le fait la littérature sur les conflits de rôle, que les individus ne sont pas forcément « démunis » face aux paradoxes et que les situations de « souffrance » ou d'incapacité à se saisir du conflit sont des positions parmi d'autres possibles. Un éventail de positions individuelles peuvent être décrites, qui sont, en mobilisant le vocabulaire utilisé par les auteurs, « logique » (rejet pur, négation du contraire), « pluraliste » (rejet avec acceptation du contraire pour d'autres que soi), « schizophrénique » (Intégration des contraires sans acceptation), « d'acceptation » (reconnaissance des contraires sans travail particulier), « de confrontation » (acceptation avec travail permanent de positionnement), « de transcendance » (dépassement de la contradiction). Il semble aussi possible, au moins conceptuellement, de différencier des situations paradoxales *ex ante* et des situations *ex post*, où le paradoxe peut être dans un cas évacué, à

l'extrême transcendé.

Partant de l'idée qu'il est intéressant d'étudier le public spécifique des chefs de pôles, sommés d'assumer la gestion du paradoxe clinique/économique mais fragilisés par les conflits de rôles potentiels, nous nous proposons de regarder si ces chefs de pôle se représentent leur rôle comme en charge de la gestion de paradoxes et de déterminer la formulation qu'ils donnent le cas échéant aux paradoxes rencontrés. En lien avec la littérature, nous nous attendons à trouver des références à la performance, à l'appartenance, à l'organisation. Nous souhaitons aussi étudier leur positionnement en testant l'adéquation de la grille en 6 positions présentée plus haut.

2 METHODE DE RECHERCHE

Nous avons procédé par étude de cas, dans un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) français de 9 000 personnes. La recherche est toujours en cours. Un des auteurs a conduit des entretiens auprès de 14 des 17 chefs de pôle, 2 ont refusé de nous rencontrer, 1 est inexploitable. En complément, 6 entretiens ont été menés auprès de la direction et 6 avec des personnes du ministère et de la Fédération Hospitalière de France. Ces entretiens se sont déroulés entre mai 2009 et juin 2010, soit environ 3 ans après la mise en place de la réforme. Ils ont duré entre 1h30 et 2 heures, ont été enregistrés puis retranscrits. Les 14 responsables médicaux sont 12 hommes et 2 femmes, qui ont entre 55 et 65 ans. Beaucoup sont en dernière partie de carrière. Leur mode de désignation au poste de chef de pôle est plutôt « consensuel ». Il s'est opéré principalement sur la base de critères de légitimité et d'acceptabilité par les confrères. La prise en compte des critères de compétences/connaissances a été marginale. Pour tenir ce poste, ces médecins ne disposent pas de rémunération complémentaire, et n'ont pas reçu de formation spécifique. Cet hôpital procède à une délégation de gestion très partielle (comme la plupart des hôpitaux). Le chef de pôle est au cœur de l'élaboration et de la négociation des contrats de pôles qui fixent les objectifs d'activité et les moyens attribués sur quatre ans. Il émet des priorités au nom du pôle et doit rendre des comptes tant à ses collègues médecins qu'à l'administration. Au quotidien ne leur sont déléguées avec une totale autonomie que les seules enveloppes des dépenses de remplacement de personnel, des fournitures et des dépenses pharmaceutiques. On est donc loin du médecin qui serait en charge complète de l'enveloppe des dépenses et des ressources de son pôle. Pourtant, il se doit de négocier, d'organiser, d'arbitrer l'activité et l'affectation des moyens dans une unité qui peut compter jusqu'à 600 personnes et qui le pousse à agir hors de sa discipline médicale d'appartenance.

Les médecins ont été interrogés sur la conception et le contenu du rôle de chef de pôle, leurs

difficultés, leurs réussites, les évolutions qu'ils y ont connues. Les entretiens ne portaient donc pas explicitement sur les paradoxes, mais ce thème a émergé. Nous avons alors extrait de leurs réponses tous les propos qui exprimaient des tensions vécues comme paradoxales. Nous avons retenu trois types de structure de discours. Le premier englobe tous les discours qui relient (A) la pratique clinique et (B) la pratique économique, par une relation est de type inclusif ou exclusive. Nous avons alors des phrases de type A « et » B, A « en même temps » B, A « mais » B. Parfois, et cela correspond au deuxième type de structure de discours, la tension est exprimée plus directement, par exemple, « *je suis pris en sandwich* », « *on est pris entre deux feux* ». La troisième catégorie, plus marginale, reprend les affirmations contradictoires des personnes interrogées au fil de l'entretien. Par exemple, un médecin soutient à la fois « *qu'il est médecin et qu'il n'en a rien à faire de la gestion,* » puis plus tard que « *ce qui est exaspérant c'est qu'on ne lui donne pas les moyens de gérer* ». Comme le proposent El-Sawad, et al. (2004), les séquences paradoxales dans le discours peuvent être analysées comme une mise en scène de ces différents rôles et la nécessité de produire un discours qui semble incohérent mais qui répond à l'exigence de cohérence interne à chacun des rôles.

Nous nous centrons sur l'opposition médical/économique. Le terme économique est une manière pour nous de parler de tous les actes de gestion. Nous avons alors écarté les paradoxes étrangers aux tensions clinique/gestion, par exemple celles concernant vie professionnelle/vie privée.

Nous avons commencé par travailler sur quatre entretiens. Une fois les extraits énonçant une position paradoxale repérés, nous avons cherché à qualifier la nature des paradoxes en utilisant la grille d'analyse de Lüscher et Lewis (2008). Elle convient pour classer les paradoxes dans la majorité des cas mais il nous a fallu la compléter en ajoutant la paradoxe de valeur. Nous avons alors obtenu une grille en 4 types de paradoxes, performance, appartenance, organisation et valeur, que nous avons utilisée pour coder le reste des entretiens.

Nous avons ensuite extrait des entretiens les propos qui exprimaient un positionnement individuel face à ces paradoxes. Nous avons dans un premier temps utilisé la typologie de synthèse en 6 positions présentée plus haut (Westenholz, 1993 et Lewis, 2000). Il ressort que 2 positions ne sont jamais rencontrées. La grille a donc été simplifiée à 4 positions. Le classement dans l'une des catégories a été fait à partir du contenu des propos eux-mêmes. Ceux-ci nous ont semblé suffisamment explicites pour qu'ils fassent peu l'objet d'ambiguïté.

3. RESULTATS

Sur 14 médecins interrogés, 13 indiquent qu'ils sont confrontés à une ou des situations paradoxales. Un seul ne mentionne aucun paradoxe. Cela ne veut pas dire qu'il n'est pas dans les faits dans un contexte paradoxal, mais rien dans ses propos ne témoigne qu'il le vit de cette manière.

31 LA NATURE DES PARADOXES PERÇUS PAR LES INDIVIDUS

Nous retrouvons les trois types de paradoxes identifiés par Lüscher et Lewis, (2008) : paradoxes « de performance » (différentes conceptions du « succès »), « d'appartenance » (loyauté envers des groupes différents porteurs d'objectifs et de comportements potentiellement divergents), « d'organisation » (affectations et organisations des ressources difficilement compatibles).

Un quatrième type de paradoxe émerge des entretiens, qui selon nous n'a pas été identifié par des travaux antérieurs. Il s'agit du paradoxe « de valeurs ». En effet, parmi l'ensemble des incompatibilités exprimées, certaines renvoient très clairement à ce qu'il est bien/mal de faire. Cette inscription de l'action dans des conflits de valeurs exprimés spontanément par certaines personnes interrogées est à mettre en relation avec la nature de l'activité médicale fortement encadrée par l'éthique. Nous présentons ici quelques exemples de chacun de ces paradoxes.

Paradoxes de performance : ils concernent essentiellement la double attente, de développement de l'activité et de maîtrise des ressources. S'ils semblent les plus évidents, ils ne sont finalement pas les plus fréquemment rencontrés. Ils s'expriment par exemple ainsi :

On vous demande de faire un 100 mètres et on vous attache les pieds et on vous met la tête dans le sac ... (Chef de pôle 1).

ou encore

J'étais très embêté qu'on ait dépensé les mensualités de remplacement (budget remplacements infirmières), en même temps, on l'a fait parce qu'on en avait besoin. Donc voilà, ça je veux dire, ça c'est vraiment... (Chef de pôle 5).

Paradoxes d'appartenance : classiques dans les situations de management intermédiaire, ils rendent compte de la nécessité d'être loyal envers la direction et envers les médecins.

On n'est pas libre de nos prescriptions. On fournit les services (analyses biologiques) à nos collègues médecins qui prescrivent. On ne peut pas leur dire non. C'est normal. Le médecin, par principe est opposé à la notion de budget. On en a besoin pour faire le diagnostic, donc traiter les malades. En même temps le directeur dit : il faut réduire votre activité, vous coûtez trop cher. C'est vrai que ce n'est pas logique de faire des analyses biologiques qui ne servent à rien. Certains font plus d'efforts que d'autres. On est vraiment pris entre deux feux. (Chef de pôle 7).

Ces paradoxes d'appartenance peuvent se traduire par la nécessité de jouer un double rôle, celui d'agent de la direction et de porte-parole des médecins. Parce qu'ils concernent des professionnels

amenés à se réappropriier des objectifs de gestion qui sont loin du cœur de leur métier, ils peuvent s'exprimer sous forme identitaire, la nécessité/ou le refus d'être gestionnaire et médecin.

Je suis pris en sandwich entre mes collègues et d'administration. Mes collègues me disent on veut ça, on veut ça. Tu ne l'as pas eu, t'es nul. Enfin, je caricature, mais c'est un peu ça. (Chef de pôle 3).

Du coup, on perd beaucoup de son âme médicale, on ne fait plus de médecine, pratiquement. Je fais la visite une fois par semaine en réa, là. Je passe tous les matins pour voir un peu.....Non, moi je suis resté encore médecin. Mais mes adjoints administratifs et infirmières me disent « il faut que tu penses autrement, t'es plus médecin ! » (Chef de pôle 14).

Paradoxes d'organisation : ils s'expriment principalement autour des difficultés d'allocation du temps, de la nécessité de consacrer un temps restreint à l'une et l'autre activité.

Il faut faire notre métier de médecin, l'enseignement, la recherche, la clinique, et puis la gestion du pôle qui prend un temps énorme.... Je refuse de laisser la clinique. Vous imaginez, vous êtes dans le service pendant un mois et vous ne voyez pas la tête du chef. Non il n'a pas le temps, il s'occupe du pôle. C'est un métier de parano ou de schizophrène (Chefs de pôle 6).

Certains des paradoxes d'organisation sont directement liés aux nouveaux outils budgétaires mis en place, finançant *ex post* une augmentation d'activité pour laquelle il faut trouver *ex ante* les ressources.

Il faut fermer des lits parce qu'on n'a pas le personnel, ça s'est pour des raisons de qualité et de sécurité, c'est de toute façon imposé par les textes, et si on ferme des lits, on baisse l'activité et on n'a pas le budget. Ce n'est pas possible de se mettre dans cette situation là (Chef de pôle 12).

Paradoxes de valeurs : certains médecins portent la tension sur le terrain des valeurs.

J'ai des valeurs politiques, le service public c'est fondamental, la santé n'est pas une marchandise. Mais je sais qu'il y a des contraintes budgétaires fortes en cours et à venir. Je pense que dans le périmètre ou on est, on peut défendre ces valeurs, en tous les cas, de les faire vivre sans trop de compromis (Chef de pôle 4).

Nous retrouvons donc dans les discours à une exception près (celle du chef de pôle 9 qui n'exprime pas de paradoxes), la double exigence de satisfaire les exigences cliniques et économiques. Ces paradoxes ont des contenus différents relevant de la performance, de l'organisation, de l'appartenance, des valeurs. Le tableau ci-dessous montre comment ces énoncés se répartissent selon les individus interrogés.

Tableaux 1 : Nature des paradoxes énoncés par les chefs de pôles (Si un type de paradoxe se rencontre plusieurs fois pour un même individu, le nombre entre parenthèses indique le nombre d'occurrences)

Chefs de pôle	Types de paradoxe			
1	Performance			
2	Performance (2)		Appartenance (2)	
3		Organisation	Appartenance	
4	Performance			Valeur
5		Organisation		Valeur
6		Organisation		
7			Appartenance	
8		Organisation	Appartenance	
9	Pas de paradoxe mentionné			
10				Valeur
11	Performance		Appartenance	
12		Organisation		
13		Organisation	Appartenance	
14		Organisation (2)	Appartenance (2)	
Occurrences sur un total de 25	5	8	9	3

Nous notons que les situations paradoxales n'ont pas le même contenu selon les individus. Au delà des raisons qui sont propres à la méthode (un seul entretien limite forcément le contenu des échanges et rien ne dit que d'autres thèmes n'auraient pas été abordés avec plus d'entretiens), nous pouvons faire l'hypothèse que ce qui est mis en avant lors de cet entretien est fonction de la situation dans laquelle se trouve le médecin, la nature de l'activité de son pôle, les projets en cours.

L'expression est fortement contextuelle.

Il est difficile de donner un sens général aux comptages effectués étant donné le nombre et la durée des entretiens. Nous notons toutefois que sur cet échantillon, l'appartenance et l'organisation apparaissent plus souvent que les valeurs ou la performance ; sans doute parce que les médecins s'expriment avant tout sur ce qui fait leur quotidien. La faible occurrence du paradoxe de valeur nous surprend toutefois car c'est sur ce thème que s'expriment souvent les médecins quand ils participent à des mouvements collectifs de contestation notamment. Les valeurs sont de plus le seul item pour lequel une question explicite était posée lors de l'entretien : « Quelles sont vos valeurs dans votre travail ? ». Les réponses à cette question sont rarement formulées sous forme de tensions. Les médecins mettent au contraire en avant les notions d'équité, de qualité, d'écoute, de service qui ne les conduisent pas à différencier plusieurs aspects du rôle.

32. LES POSITIONS DES CHEFS DE PÔLE FACE AUX PARADOXES

Nous nous sommes intéressés ensuite à la position des chefs de pôle face à ces paradoxes. Comme il a été dit plus haut, nous avons combiné deux grilles de classification, celle de Lewis (2000) et celle de Westenholz (1993). Alors que nous avons fait l'hypothèse qu'il pouvait exister 6 positions – « logique », « pluraliste », « schizophrénique », « acceptation », « confrontation », « transcendance », nous en avons retrouvé 4.

Pluralisme (rejet avec acceptation du contraire pour d'autres que soi). Les individus conservent une facette des paradoxes et rejettent l'autre. Ils ne remettent pas en cause le paradoxe mais pensent qu'il doit être traité ailleurs ou différemment. Le choix est justifié par la compétence ou l'identité. La phrase type étant, « je suis un médecin, je ne suis pas un administratif ».

On me demande d'être gestionnaire d'un mini établissement mais moi je ne sais pas faire, je suis médecin. Il y en a qui ont la fibre, qui sont comme des poissons dans l'eau mais moi ce n'est pas mon cas. Donc voilà. (Chef de pôle 13).

Schizophrénie (intégration des contraires sans acceptation). L'individu reconnaît le paradoxe organisationnel et le reprend à son compte. Toutefois il ne peut ni le tenir à distance, ni le résoudre. Le terme schizophrénie employé par Westenholz (1993) pour caractériser cette situation revient à plusieurs reprises dans les propos même des acteurs. Les individus expriment de la souffrance, certains projettent même de quitter leur poste. Quel que soit le type de paradoxe présenté, il est souvent ramené à un conflit de rôle.

C'est un métier de parano ou de schizophrène... Moi là la responsabilité du pôle, je la laisse.

Si vous voulez la prendre, allez y...Je suis coupé en 2 alors que je ne suis pas forcément compétent. Ce n'est pas parce qu'on m'a nommé à ce poste que je sais tout (Chef de pôle 6).

On voudrait bien nous voir complètement administratif, avoir une ligne pure et dure... Donc moi j'essaie de l'avoir en disant « attention il faut faire des économies... ». N'empêche que, si vous voulez, on est quand même en lien avec la base, avec les médecins en dessous. Or, les médecins, les soignants, ils ne comprennent pas cette économie à coûts forcés, ce retour à l'équilibre... Donc c'est un peu schizophrénique le responsable de pôle². C'est lourd, très lourd; les journées sont longues, c'est usant (Chef de pôle 14).

Les deux positions décrites ici de « pluralisme » et de « schizophrénie » renvoient plutôt à des positions de lutte individuelle contre des paradoxes jugés non acceptables, dysfonctionnels. Nous notons qu'aucun médecin n'exprime une position de rejet pur (position « logique »), qui supposerait qu'il nie la logique économique. On peut faire l'hypothèse qu'en ayant accepté le poste, il en reconnaît la légitimité. Ceci est vrai y compris pour un médecin opposé à sa nomination comme chef de pôle et qui a même, pour l'anecdote, refusé d'être dans le trombinoscope des chefs de pôle.

Confrontation (acceptation avec travail permanent de positionnement). L'individu reconnaît le paradoxe mais son acceptation est accompagnée d'un travail de positionnement. Nous avons principalement identifié des propos renvoyant à la mise à distance.

Vous savez, vous avez chez nous tous, le citoyen qui comprend les économies, le père de famille qui voudrait que sa fille bénéficie du meilleur médicament. Je comprends les réorganisations, je prends mes responsabilités de médecin, mais ce qui m'intéresse, c'est que les projets avancent...plus loin... Face à tout ça, j'ai envie de dire « foutez-moi la paix » (Chef de pôle 1).

La confrontation passe éventuellement par une minimisation montrant que le paradoxe est là sans que sa résolution soit au cœur des pratiques. Les individus font avec.

J'ai du mal, j'ai du mal à faire du fric sur la santé. Bon, on y peut rien, c'est pas grave (Chef de pôle 10).

Transcendance (dépassement de la contradiction). Les individus reconnaissent le paradoxe. Ils montrent dans leurs propos non seulement qu'ils arrivent à faire avec, mais qu'ils trouvent des solutions de conciliation qui transcendent l'opposition. Ce sont en particulier ceux qui maîtrisent et

² Lors de la mise en place de la réforme, le chef de pôle était appelé initialement « responsable de pôle ». Depuis 2010, la dénomination a changé pour « chef de pôle », terminologie que nous avons employée dans cet article.

valorisent les dispositifs pour faire des arbitrages de ressources médicalisés.

On est vraiment pris entre deux feux. On a entrepris de discuter avec nos collègues pour essayer non pas de limiter leurs demandes mais de les rendre plus cohérentes. Alors on essaie de faire des cadres, des plans de prescription (Chef de pôle 7).

Certains voient dans le paradoxe une ressource pour l'action.

Ca ne me gêne pas du tout de passer d'une activité à l'autre pôle dans un temps contraint, la clinique, l'enseignement, la recherche, la gestion du pôle. Au contraire, ça permet de relancer mon attention à chaque passage d'un objectif à un autre (Chef de pôle 3).

D'autres mettent en avant les caractéristiques personnelles qui leur permettent cette transcendance.

On me demande d'être un gestionnaire. OK je fais le gestionnaire. Mais je suis un chirurgien et la notoriété de l'hôpital dépend aussi de moi. Alors je le fais la gestion à la manière d'un chirurgien. Sur le terrain. Je me dérouille bien parce que j'ai de l'intuition, du flair...

Les positions de confrontation et de transcendance se différencient de la lutte contre les paradoxes. Au contraire, les individus intègrent puis « travaillent » le paradoxe que ce soit pour le minimiser, s'en détacher ou le transcender. On ne retrouve pas ici la position « d'acceptation » pure identifiée par Lewis consistant à reconnaître la contradiction et à l'accepter en tant que telle, sans travail particulier. A ce stade de la recherche, il est difficile de dire si l'acceptation des paradoxes ne va jamais de soi, ou s'il s'agit d'un problème de méthode lié à la difficulté, pour nous, de repérer un paradoxe quand il n'est pas assorti d'une forme de positionnement explicite.

Nous avons souligné précédemment que la nature des paradoxes évoqués était variable selon les individus. Il en est de même des positions. Les individus n'ont pas tous la même attitude face aux paradoxes. Qui plus est, le même individu n'adopte pas la même position dans toutes les situations paradoxales, comme le montre le tableau ci-dessous.

Tableaux 2 : les positions des chefs de pôles face aux paradoxes

Nature du paradoxe Chef de pôle	Performance	Organisation	Appartenance	Valeur
1	Confrontation			
2	Pluraliste Transcendance		Pluraliste Pluraliste	

3		Transcendance	Pluraliste	
4	Transcendance			Transcendance
5		Confrontation		Transcendance
6		Schizophrénie		
7			Transcendance	
8		Schizophrénie	Transcendance	
9				
10				Confrontation
11	Pluraliste		Schizophrénie	
12		Schizophrénie		
13		Schizophrénie	Pluraliste	
14		Schizophrénie Schizophrénie	Schizophrénie Schizophrénie	
Total sur 25 positions	6/25	9/25	3/25	7/25

Là encore, ces résultats mettent en avant la grande variabilité des positions, variabilité inter et intra individuelle, variabilité inter et intra-paradoxes. Nous notons toutefois que 3 individus ont un positionnement plus constant (2, 4, 14). Nous notons aussi que nous rencontrons plus fréquemment des positions de lutte contre les paradoxes (je les refuse ou ils me font souffrir, 15 positions), que des positions de travail sur les paradoxes. Ce constat observé sur les 14 entretiens traités peuvent certainement être élargis. Peng et Nisbett (1999) soulignent en effet que la pensée et l'agir paradoxal ne vont pas de soi dans les cultures occidentales. La pratique médicale est certainement un archétype de ces cultures.

4 ANALYSE ET DISCUSSION : ENTRE SOUFFRANCE ET VERTU.

4.

Il ressort de nos résultats que si les chefs de pôles se sentent bien en situation de gestion de paradoxe, il existe une grande variabilité des contenus et des positions. La variabilité dans l'expression de la nature des paradoxes perçus qui peuvent être d'appartenance (9/25), de performance (8/25), d'organisation (5/25), et de valeur (3/25), est couplée à une variabilité dans les positions adoptées face aux paradoxes de même nature. Par exemple le paradoxe « de performance » s'accompagne, selon les individus, de positions de confrontation, de pluralisme et de

transcendance. Plus encore, nous observons une variété des positions d'un même individus face à un même paradoxe. Par exemple, le chef de pôle 2, face à un paradoxe de performance adopte une fois une position pluraliste et une autre fois de confrontation..

Cette variété n'exclut toutefois pas un certain nombre de points fixes. La nature des paradoxes rencontrés, bien que plurielle, se décline en nombre limité. Le paradoxe médico-économique est perçu concrètement par les chefs de pôles comme un paradoxe relatif aux objectifs à atteindre, à l'allocation des ressources, aux groupes d'appartenance et de loyauté et aux valeurs engagées. De même, les positions face à un même paradoxe, bien que différentes, présentent une forme d'homogénéité. En particulier, le paradoxe d'organisation est 6 fois sur 9 couplé à une position de schizophrénie alors que le paradoxe de valeur ne l'est jamais. Cette tendance observée sur cet échantillon d'entretiens mériterait d'être confirmée. Enfin, si nous excluons ceux qui n'ont qu'une mention de paradoxe qui ne permettent pas l'analyse, nous notons que trois personnes ont un profil plus marqué en termes de positionnement. Ce sont les chefs de pôles 2, 4 et 14. Nous pouvons préciser quelques caractéristiques de chacun d'entre eux. Le chef de pôle n°2 adopte globalement une position « pluraliste ». *« J'apporte l'activité, ils doivent apporter les moyens. Moi je suis responsable médical »*. Chirurgien orthopédique, il est effectivement présenté par son entourage comme s'impliquant peu dans l'activité de gestion, laissant ça au cadre supérieur de Santé et au directeur délégué. Plus attentif à son service qu'au pôle dans son ensemble, il l'a fait entrer dans le cercle vertueux augmentation d'activité-augmentation de la capacité de négociation des budgets avec la direction grâce à la T2A. Le second (n°4) est dans une position de « transcendance ». Il se dit « en responsabilité de gestion » ou encore : *« C'est là l'idée de pilotage médico-économique, que j'appelle « éthiquement responsable », c'est à dire ne pas trahir le sens du métier mais prendre en compte dans la délivrance des soins, des impératifs d'ordre économique. C'est pour ça qu'on va mettre en place de nouveaux instruments, qu'on est en train de tester. C'est un raisonnement simple : quand on est plus cher que la moyenne, est ce qu'il y a un rationnel scientifique. Si oui, on laisse, sinon, on change de pratique »*. Il est professeur de médecine légale. Il se définit comme non *« médicalement centré mais naviguant dans la société entre la justice, la préfecture, les organismes sociaux, politiques, enfin les structures politiques, mairie, conseil général, etc. »* Il est par ailleurs président de la CME au moment de sa nomination, qu'il inscrit dans la même lignée. La prise en compte de l'économique est nécessaire pour la survie du médical. *« Etre, Président de CME, c'est définir les conditions d'un réel pilotage médico-économique. Pourquoi ? Parce qu'on est quand même dans la menace ! »* La dernière (n°14) adopte une position de type « schizophrène ». Cette médecin dit ainsi *« Du coup, on perd beaucoup de son âme médicale, on ne fait plus de médecine, pratiquement.. On voudrait bien nous voir complètement administrative...Donc moi j'essaie de l'avoir en disant « attention il faut faire des économies... Or, les médecins, les soignants, ils ne*

comprennent pas cette économie à coûts forcés, ce retour à l'équilibre,... Donc c'est un peu schizophrénique le responsable de pôle...». C'est une femme, réanimatrice, très impliquée dans son pôle, aux prises avec de gros projets qui ne trouvent pas forcément les moyens de financement. Structurellement déficitaire car non pourvoyeur de recettes, le pôle doit se battre avec/contre le système de tarification. C'est certainement la chef de pôle qui, de tous, manie le mieux le langage de la T2A, en même temps qu'elle se sent désarmée pour négocier. Proche de la retraite, seule chef de pôle non professeure, elle est présentée dans son entourage comme une très grande angoissée et une très grande perfectionniste.

De ce kaléidoscope de contenus et de positions desquels se dégagent toutefois quelques constantes nous tirons un certain nombre de propositions d'interprétations. Au fur et à mesure qu'il « traverse » l'organisation, le paradoxe médico-économique est inscrit dans des attentes, des instruments de gestion, des systèmes d'information, des formes d'organisation, des relations inter-groupes ou inter-individuelles qui vont construire des situations paradoxales locales. Etre médecin-gestionnaire, c'est alors devoir faire face à des exigences perçues comme contradictoires en termes de satisfaction de critères de performance, d'organisation, de relations d'appartenance ou de respect de valeurs. Selon le contexte d'action spécifique des individus, les enjeux, l'activité du moment, certains types de paradoxes seront plus présents que d'autres dans les préoccupations des chefs de pôles.

Par ailleurs, le lien nature de paradoxe-positionnement se construit lui aussi dans l'action dépendant du contexte. Toutefois, des éléments plus personnels relatifs au tempérament, à l'histoire individuelle, la discipline médicale d'appartenance peuvent dans certains cas, définir un profil de positionnement plus homogène. Ainsi, faire de la médecine légale et être président de CME, témoigne d'un travail préalable d'acceptation et de re-formulation des paradoxes en même temps qu'il le nourrit, facilitant « la transcendance ». De même, être responsable d'un pôle anesthésie-réanimation, et être angoissée, non professeure, favorise l'expression de schizophrénie.

Enfin certains paradoxes sont, dans la situation actuelle d'apprentissage du rôle, certainement plus perturbateurs que d'autres et entravent plus l'action au jour le jour. Il en est ainsi des problèmes d'allocations de ressources (organisation) face auxquels les médecins se sentent à la fois démunis et non reconnus dans leur situation paradoxale, favorisant là encore l'expression d'un sentiment de schizophrénie. Au contraire, le fait d'avoir accepté/désiré prendre la poste de chef de pôle, témoigne d'un travail préalable sur les valeurs qui facilite l'acceptation des tensions.

Ces résultats invitent à aller à l'encontre d'une idée simpliste selon laquelle le transfert de la gestion des paradoxes implique nécessairement de la souffrance individuelle ou au contraire qu'elle est une

voie vertueuse pour la recherche de solutions nouvelles pour l'organisation. Si elle peut, pour certains individus et pour certains paradoxes, être source de grandes difficultés ou d'innovation, elle peut aussi ne rien changer ou produire des illusions de changements.

De manière plus large, ces résultats peuvent être analysés au regard des objectifs qui portent la réforme. L'évaluation de la mise en œuvre des pôles sur cet aspect particulier, s'en trouve ainsi compliquée car il s'agit de raisonner ni au niveau de l'ensemble des médecins chefs de pôle, ni même individu par individu mais situation par situation.

Dans la première situation, celle du pluralisme, si l'individu admet que toutes les missions sont légitimes, il pense qu'elles doivent être portées par des acteurs différents, ou tout du moins, pas par lui. Le médecin reste médecin préoccupé par la clinique. Les exigences de gestion sont prises en charge ailleurs. L'organisation se voit alors ramenée à la situation antérieure, celle d'une gestion dissociée : le détour par l'individualisation n'entraîne pas de changement de fonctionnement. On reste dans une différenciation spatiale de la gestion des paradoxes. Il entraîne toutefois des coûts de mis en œuvre, de perturbation temporaire du système.

Dans la deuxième situation, celle de la schizophrénie, il y a là bien prise en charge individuelle du paradoxe, mais celle-ci est bloquée par un individu qui n'a pas les ressources internes et externes pour y faire face. Il peut produire de la souffrance individuelle et un risque de « délégitimation » du changement, alors perçu comme violent. Des médecins menacent effectivement de partir dans cet établissement.

Dans la troisième, celle de la confrontation, l'individu reconnaît être en charge de la gestion de paradoxes. Il n'a pas de discours dénonciateur ou de difficulté particulière, mais il le tient à distance. Il le minimise, il se protège de ses implications. Tout se passe pour l'organisation comme si les paradoxes étaient pris en charge par les individus, sans assurance que les comportements, les schémas de pensée soient effectivement changés. Si cette situation apparaît favorable du point de vue individuel, on peut se demander si elle n'est pas risquée du point de vue organisationnel. Le changement n'est qu'apparent, illusoire.

Ce n'est finalement que dans la dernière situation, celle de la transcendance, que l'individu sait se débrouiller avec le paradoxe et inventer des solutions nouvelles. La désignation d'un médecin chef de pôle produit un changement de management des paradoxes dont on peut attendre des effets positifs sur l'organisation. Le dernier cas peut être considéré comme celui qui justifie la mise en œuvre de la réforme. La position de « transcendance » n'apparaît toutefois dans notre tableau que 7 fois sur 25. En l'état actuel, rien n'indique un changement important de la gestion des paradoxes. Transcender les paradoxes signifierait être dans cette position personnelle qui consiste à trouver « normal » les paradoxes et à accepter « d'inventer des solutions nouvelles de conciliation ». Si elle peut certainement être facilitée par un accompagnement global, elle relève grandement de parcours

individuels qui favorisent l'acculturation au médical et à l'économique et ainsi le travail personnel de conciliation. Les moyens d'actions ne sont alors pas tant dans les mesures ponctuelles d'accompagnement au changement, que dans le soutien et la promotion de certaines trajectoires professionnelles. Cela ne va pas de soi. Le seul médecin qui au moment des entretiens s'était préparé à son nouveau rôle en suivant une formation de gestion, est aussi un médecin qui a démissionné car en trop grand conflit avec les médecins « traditionnels » de son pôle. Cela exige aussi que pour certains paradoxes comme les paradoxes « d'organisation qui semblent plus difficiles, il y ait un soutien spécifique, un discours de reconnaissance des contradictions légitimant la recherche de solutions locales.

Tableau 3: Conséquences des positions individuelles sur la gestion organisationnelle des paradoxes

Positions individuelles	Pluralisme	Schizophrénie	Confrontation	Transcendance
Conséquences sur l'organisation	Gestion dissociée	Gestion «bloquée»	Transfert illusoire	Transfert avec valeur ajoutée

CONCLUSION

Dans le cadre des changements visant à la promotion de nouvelles formes de régulation médico-sociale à l'hôpital, nous nous sommes intéressés à la figure du médecin chef de pôle supposé concilier, mieux que ne le faisait l'organisation précédente, les exigences médicales et économiques. Nous l'avons étudié sous un angle particulier, celui de son interprétation et de son positionnement face à la gestion du paradoxe qui lui est déléguée. Après 3 ans de mise en œuvre, nous montrons que ces médecins ne relèvent pas d'une figure unique. S'ils expriment globalement être en situation de gestion de paradoxe, les natures des paradoxes énoncés diffèrent. Ils relèvent selon les individus, de la performance, de l'organisation, de l'appartenance ou des valeurs. Qui plus est, le positionnement des médecins face à ces paradoxes n'est pas homogène. Nous en avons identifié quatre, le pluralisme, la schizophrénie, la confrontation et la transcendance. Ces positions peuvent être prises tour à tour par un même individu selon les paradoxes énoncés. Elles ont chacune des conséquences spécifiques sur le changement et invitent à penser une évaluation au cas par cas. Si dans le premier cas, la gestion des paradoxes est inchangée, elle est « bloquée » dans le second et « illusoire » dans le troisième. Seul le dernier cas montre une individualisation effective et innovante de leur gestion. Ces résultats invitent à aller à l'encontre des idées selon lesquelles le transfert à des individus de la gestion des paradoxes implique nécessairement de la souffrance individuelle ou au contraire qu'il est une voie vertueuse pour la recherche de solutions nouvelles pour l'organisation. En tous les cas, la faible fréquence de la position « transcendance » laisse à

penser que si l'hôpital cherche effectivement à aller vers une plus grande prise en charge par l'individu de la conciliation du médical et de l'économique, il se doit d'accompagner les chefs de pôle dans la prise en charge des paradoxes et de mieux valoriser qu'il ne le fait actuellement certaines trajectoires professionnelles et extra-professionnelles plus propices.

Cette recherche souffre de limites. La plus importante est qu'elle repose sur des discours énoncés à un moment donné, en situation d'entretiens. Rien ne dit qu'ils soient stables dans le temps. Nous restons d'autre part sur des discours. Il peut y avoir des écarts importants entre le paradoxe pensé, le paradoxe énoncé et le paradoxe agi. Ce travail mérite d'être poursuivi par l'étude des positions prises en situation de décision. Par ailleurs, si cette approche peut participer à l'évaluation de la réforme de 2007, elle n'en est bien entendu qu'une composante parmi bien d'autres.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Ashburner L., Ferlie E., FitzGerald L., 1996, Organizational transformation and top-down change: the case of the NHS, *British Journal of Management*, vol. 7, n°1, p. 1-16.
- Balogun J. et Johnson G., 2004, Organizational restructuring and middle manager sensemaking, *Academy of Management Journal*, 47, 523-549.
- Bateson G., 1972, *Steps to an ecology of mind*, San Francisco, Chandler publishing,
- Bolton S.C., 2000, Nurses as managers: between a professional rock and an HRM hard place?, *Human Resource Development International*, III, 2, 229-234.
- Bolton S.C., 2004, A simple matter of control? NHS hospital nurses and new management, *Journal of Management Studies*, XLI, 2, 317-333.
- Brooks I., 1999, Managerialist professionalism: the destruction of a non-conforming subculture, *British Journal of Management*, 10, 41-52.
- Butterfield R., Edwards C. et Woodall J., 2004, The new public management and the UK police service: the role of the police sergeant in the implementation of performance management, *Public Management Review*, VI, 3, 395-415.
- Butterfield R., Edwards C., Woodall J., 2004, The new public management and the UK police service: the role of the police sergeant in the implementation of performance management, *Public Management Review*, vol. 6, n°3, p. 395-415.
- Butterfield R., Edwards C., Woodall J., 2005, The new public management and managerial roles: the case of the police sergeant, *British Journal of Management*, vol. 16, n°4, p. 329-341.
- Button W.J. et Roberts G., 1997, Communication, clinical directorates, and the corporate NHS, *Journal of Public Relations Research*, IX, 2, 141-162.
- Denis J. L., Lamothe L. et Langley A., 2001, The dynamics of collective leadership and strategic change in pluralistic organizations, *Academy of Management Journal*, XLIV, 809-837.
- Denis J.-L., Langley A. et Rouleau L., 2007, Strategizing in pluralistic contexts: Rethinking theoretical frames, *Human Relations*, V, 179-215.
- Denison D., Hooijberg R. et Quinn R., 1995, Paradox and performance: A theory of behavioral complexity in leadership, *Organization Science*, VI, 524 - 541.
- Dopson, S , Ferlie ,E, Fitzgerald, L, Gabbay,J, 2002, No magic targets! Lessons from UK studies of attempts to change clinical practice to become more evidence based', *Health Care Management Review*, 23,3, 35-47.
- El-Sawad A., Arnold J. et Cohen L., 2004, "Doublethink: the prevalence and function of contradiction in accounts of organizational life, *Human Relations*, LVII, 9, 1179-1203.

- Ferlie, E. and Shortell, S. 2001. Improving The Quality of Health Care in the UK and USA – A Framework for Change, *Milbank Quarterly*, 79(2): 281-315.
- Festinger L., 1957, *A theory of cognitive dissonance*, Stanford, Coll. Stanford University Press, CA,
- Fitzgerald L. et Ferlie E., 2000, Professionals: back to the future?, *Human Relations*, LIII, 5, 713-739.
- Ford J. et Backoff R., 1988, Organizational change in and out of dualities and paradox, in Quinn R. et Cameron K. (eds), *Paradox and Transformation: Toward a Theory of Change in Organization and Management*, p. 81-121, Cambridge, MA, Ballinger.
- Ford J., D et Ford L. D., 1994, Logics of identity, contradiction and attraction in change, *Academy of Management Review*, XIX, 4, 756-785.
- Kahn R.L., Wolfe D.M., Quinn R.P., Snoeck J., Rosenthal R.A. (1964), *Organizational stress: studies in role conflict and ambiguity*, New York, Wiley
- Kippist F., 2009, Organisational professional conflict and hybrid clinician managers, *Journal of Health Organization and Management*, p. 642-655.
- Lewis M. W. 2000, Exploring paradox: toward a more comprehensive guide, *Academy of management review*, XXV, 4, 760-777.
- Llewellyn, 2001, ‘Two-Way Windows’: Clinicians as Medical Managers, *Organization Studies*, XXII, 4, 593-623.
- Loubet, G., 2007, Du praticien hospitalier au médecin-gestionnaire : hybridation du métier et tensions de rôle. Une étude exploratoire, *Doctorat de sciences de gestion*, Université Montpellier II, décembre.
- Lüscher L. S. et Lewis M. W., 2008, Organizational change and managerial sensemaking: working through paradox, *Academy of Management Journal*, LI, 2, 221-240.
- Peng K. et Nisbett R. E., 1999, Culture, dialecticism, and reasoning about contradiction, *American Psychologist*, LIV, 741-754.
- Perret V. et Josserand E., 2003, *Le paradoxe : penser et gérer autrement les organisations*, Coll. Spécialités HEC, Ellipses, 304 p.
- Poole M. S. et Van De Ven A. H., 1989, Using A Paradox To Build Management And Organization Theories, *Academy of Management. The Academy of Management Review*, XIV, 4, 562-578.
- Schneider K. J., 1990, *The paradoxical self: Toward an understanding of our contradictory nature*, New York, Insight Books, 239 p.
- Smith, K.K. et Berg, D.N., 1988, *Paradoxes of group Life. Understanding conflicts, paralysis and movement in group dynamics*. San Francisco. London: Jossey Bass.

Westenholz A., 1993, Paradoxical thinking and change in the frames of Reference, *Organization Studies*, XIV, 1, 37-58.

Zeggar H., Vallet G. et Terçerie O., 2010, Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé, février, La documentation française. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics>