

CAHIER TECHNIQUE SUR LE MANAGEMENT PARTICIPATIF ET COLLABORATIF

LA PARTICIPATION : TOUS ACTEURS
DES PROJETS INSTITUTIONNELS
TOUS ACTEURS DE L'AMÉLIORATION
DE NOS ORGANISATIONS

— Commission permanente RH et Héloïse Haliday —

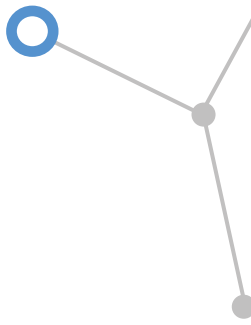


FHF

FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

SOMMAIRE

1	Principes fondamentaux du management participatif	p4
2	Pourquoi ce cahier ?	p8
3	Synthèse des démarches participatives présentées dans le cahier	p12
4	Les démarches interventionnelles	p15
	a. Fondements théoriques, principes de mise en œuvre, bénéfices et points de vigilance	p15
	b. La démarche du Centre hospitalier Simone Veil	p19
	c. La démarche de l'EHPAD des Châtaigniers	p23
5	Les démarches coopératives	p26
	a. Fondements théoriques, principes de mise en œuvre, bénéfices et points de vigilance	p26
	b. La démarche de l'EHPAD La Bonne Eure	p30
	c. La démarche du CH de Valenciennes	p32
	d. La démarche du CHU de Clermont Ferrand	p35
6	Les démarches collaboratives	p38
	a. Fondements théoriques, principes de mise en œuvre, bénéfices et points de vigilance	p38
	b. La démarche du service radiologie du Centre hospitalier de Riom	p42
	c. La démarche du CHU de Grenoble	p45



ÉDITORIAL

La crise sanitaire exceptionnelle que nous continuons de traverser met en lumière l'inventivité, l'adaptabilité et l'engagement, tout aussi exceptionnels, des professionnels de santé. Elle confirme que, sur de nombreux aspects de leur quotidien de travail, ce sont les professionnels de terrain qui détiennent les clés de la simplification du fonctionnement hospitalier et médico-social. De façon générale, la participation des professionnels aux décisions qui régissent le quotidien d'organisations complexes comme celles de nos établissements permet de les enrichir, de les adapter et de leur donner davantage de sens.

L'amélioration de l'environnement de travail des professionnels, tant sur le plan matériel que sur le plan organisationnel et managérial, est un thème cher à la Fédération hospitalière de France.

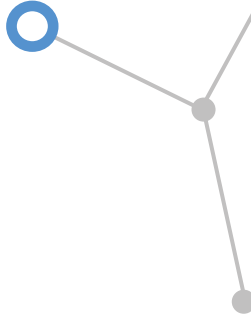
Le rapport « Qualité de vie au travail » publié précédemment par la FHF est le fruit d'un travail collectif de réflexion dont nous avons tiré des propositions concrètes, adaptées à notre secteur d'activité. Les premières d'entre elles, le « niveau micro » du rapport « Qualité de vie au travail », visaient à « autonomiser les équipes et les rendre actrices de leur environnement ». Dans la lignée de ces travaux, il nous est apparu important d'entrer dans la pratique de ces orientations et de présenter des clés pour mettre en œuvre un management plus participatif.

Le présent guide s'appuie sur les fondements théoriques de ces démarches participatives et les illustre par des exemples concrets d'application, déjà mis en œuvre au sein d'établissements publics. A travers ces retours, les établissements partagent les bénéfices qu'ils tirent au quotidien de cette implication renforcée des professionnels mais aussi les points de vigilance que leur expérience leur a permis d'identifier.

Je tiens ainsi particulièrement à remercier les établissements et les équipes qui ont participé à la rédaction de ce guide dans une forme d'échange entre pairs pour appuyer les établissements qui souhaiteraient s'engager dans des démarches similaires. Je remercie également l'ensemble des membres du groupe qualité de vie au travail, qui ont porté et suivi la rédaction de ce guide.

Zaynab RIET

Déléguée générale de la Fédération hospitalière de France



PRÉAMBULE

Pour un management hospitalier participatif et engagé

Les professionnels hospitaliers se caractérisent par un haut niveau de qualification et de spécialisation. Leur exercice professionnel les conduit à s'adapter à des contraintes externes variables dans un environnement professionnel complexe, régi par plusieurs voies hiérarchiques et fonctionnelles dont la gouvernance est le reflet. Ces caractéristiques sont propices à l'épanouissement de modèles d'organisation apprenante, plébiscitées pour leur effet sur la qualité de vie au travail. Ces modèles s'appuient l'usage d'outils collaboratifs et une culture managériale où les « acteurs construisent eux-mêmes leurs moyens d'action. »

Aussi, on entend par participation, toutes les modalités d'association des professionnels de terrain à la construction et la mise en œuvre de projets. Dès lors, le management participatif, ou collaboratif, consiste à favoriser et valoriser cette participation et se décline sur toute l'échelle hiérarchique. Il ne s'agit pas de supprimer toute hiérarchie, mais de l'ordonnancer de manière à permettre aux acteurs d'apporter leur éclairage au pilote d'un projet les concernant.

C'est ainsi que le premier prérequis du rapport sur la qualité de vie au travail publié en 2018 par la FHF était de « rendre les équipes autonomes » au travers de deux préconisations :

- Promouvoir les espaces de discussion sur le travail,
- Favoriser les démarches participatives de résolution de problème et d'amélioration de la qualité par les équipes.

La culture managériale participative est le pendant d'une gouvernance équilibrée. Selon un principe de subsidiarité, il convient de consulter les acteurs de terrain les plus directement impliqués par l'élaboration et la mise en œuvre d'un projet donné. Dans un paysage sanitaire en pleine mutation, l'exigence croissante de participation des professionnels de santé et des usagers témoigne de leur engagement et de leur attachement à la qualité de notre système de santé.

La participation n'est pas un dogme mais une démarche, un état d'esprit. Elle se décline différemment au sein d'un service identifié et à l'échelle d'un établissement, voire d'un GHT. Elle s'appuie sur des outils différents selon qu'elle vise à hiérarchiser des solutions techniques ou à co-construire intégralement un projet.



Elle diffère enfin selon qu'elle inclut des professionnels aux métiers et horizons multiples ou s'adresse à un groupe homogène de pairs.

Au regard de ses multiples visages, le management participatif devient pleinement opérant lorsqu'il est structuré et transparent. Informés de son périmètre, de ses modalités pratiques et de son cadre temporel, les acteurs du processus participatifs sont valorisés et responsabilisés. Le management participatif est une des voies de construction d'un collectif uni.

Le présent guide a pour objet de présenter concrètement la diversité des démarches managériales participatives et collaboratives au travers :

- D'une typologie simple distinguant trois grandes catégories de démarches participatives, à partir de leurs fondements théoriques et de leurs caractéristiques opérationnelles.
- De la présentation de démarches conduites par des établissements illustrant la multiplicité des formes qu'elles peuvent revêtir dans leur mise en œuvre opérationnelle selon le contexte et les attentes des pilotes de projet. ●

1

Principes fondamentaux du management participatif

LA PROPOSITION DE LA FHF

La Fédération hospitalière de France expose les principes fondamentaux d'un management participatif et engagé. Il s'agit de donner à tous les acteurs l'opportunité de concourir à l'organisation de l'établissement auquel ils appartiennent et à la définition de ses orientations stratégiques. Ces points d'attention peuvent nourrir les travaux relatifs aux projets de gouvernance et de management participatif de l'établissement (art L 6143-2-3).

Partager les valeurs de l'établissement et s'engager dans un management participatif

La définition de valeurs managériales d'établissement, notamment en lien avec celles du service public hospitalier, favorise la diffusion d'une culture managériale collective.

Valoriser la participation dans la démarche projet institutionnelle

La participation, c'est-à-dire sur l'association des acteurs concernés par un projet au processus de décision, est valorisée dans la démarche projet institutionnelle, en particulier lors de l'élaboration de grands projets institutionnels (projet d'établissement, projet immobilier). Cette participation peut être valorisée dans le cadre du développement des démarches autour de l'engagement collectif.

Réaffirmer les rôles respectifs de l'encadrement supérieur et des managers de proximité

La réaffirmation des rôles respectifs de l'encadrement (supérieur et de proximité) est essentielle pour l'émergence d'un collectif managérial solide permettant d'assurer la bonne compréhension de l'information institutionnelle nécessaire à la participation des professionnels. Il est indispensable de déterminer le « qui fait quoi » d'une institution.

Définir le périmètre et formaliser le poids du processus participatif sur la décision finale

Au préalable du lancement d'un processus participatif, les représentants institutionnels s'engagent à indiquer aux acteurs le poids de leur démarche sur la décision finale, et notamment :

- > A qui appartient la décision finale ?
- > Quels sont les éléments du projet sur lesquels le processus participatif a vocation à avoir une incidence (choix des équipements achetés, organisation du travail, temporalité de la mise en œuvre du projet...)?
- > Quels sont les éléments du projet sur lesquels le processus participatif n'a pas vocation à avoir une incidence (cadre financier) ?

Choisir les modalités de participation et les expliciter

Toute démarche participative précise :

- > Qui peut participer ? Comment sera garantie la représentativité des différents corps de métiers ?
- > Comment sont recueillis les avis (entretien, questionnaire, contribution libre...)?

Le temps de la participation

Les processus participatifs se construisent dans le temps et allongent nécessairement le temps de la décision. L'institution s'engage donc à définir préalablement le cadre temporel du processus participatif.

La confidentialité des données individuelles est essentielle et doit être garantie aux participants. Chacun veille à ne pas trahir les propos et avis reçus dans le cadre du processus participatif.

Transparence du processus participatif

A la suite d'un processus participatif, il est important de rendre compte des résultats du processus participatif aux acteurs associés.

Respect et confidentialité des données individuelles recueillies

2

Pourquoi ce cahier ?

- **Ce guide est destiné à l'usage des managers pour éclairer leur engagement dans une démarche participative et promouvoir une culture managériale commune.**

À des fins de pédagogie et de neutralité, il propose une typologie des grandes démarches visant à faire participer les agents hospitaliers à l'organisation de leur travail et à enclencher des façons de penser et d'agir plus collectives à l'hôpital. Enfin, comme le rapport QVT⁽¹⁾ qu'il se destine à compléter, cet ouvrage prend le pari de s'appuyer sur des travaux de recherche permettant aux lecteurs le souhaitant d'approfondir les fondements théoriques de ces outils managériaux.

En effet, les démarches participatives font référence à ce que l'on appelle, en sciences de l'éducation, en gestion, en travail social ou encore en psychologie la « recherche-action ». Les pages à suivre en expliqueront les particularités et en proposeront des applications possibles, illustrées par des expériences déjà menées dans des établissements publics. Soulignons d'emblée que la mention du chercheur ou du « tiers associé » à ces applications de la « recherche-action » sur le terrain ne signifie ni que la recherche est le domaine réservé des chercheurs, ni qu'un tiers est toujours nécessaire pour conduire les démarches telles qu'elles seront présentées. Chaque établissement est libre d'adapter les méthodologies suivantes à son contexte local, en fonction duquel il peut s'avérer plus ou moins fructueux d'intégrer un professionnel extérieur.

(1) L'ensemble des références citées est disponible en fin de document, rubrique « Bibliographie générale ».



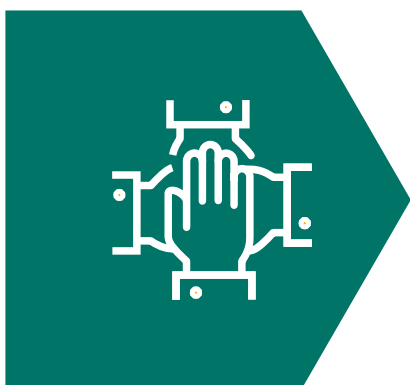
Nous distinguons ainsi trois démarches participatives :



Les démarches interventionnelles



Les démarches coopératives



Les démarches collaboratives

Ces trois types de démarche possèdent un certain nombre de points communs : construction collective de la connaissance, implication du coordinateur sur le terrain, tolérance à l'incertitude quant au résultat. Ce sont à notre sens ces caractéristiques qui les rendent particulièrement adaptées à des styles de management agiles et axés sur la qualité de vie au travail. Plusieurs éléments les distinguent et permettent de différencier les usages pour lesquels chacune est plus pertinente :

- Les rapports entre les acteurs mobilisés (les participants), les commanditaires de l'action (direction, encadrement) et, le cas échéant, les tierces personnes impliquées (consultants, chercheurs, experts...),
- Le mode d'articulation entre la création de connaissances nouvelles et le changement induit dans l'organisation,
- Le degré de participation requise des personnes concernées par la démarche^[2].

○ Une précaution méthodologique : l'adaptation de l'évaluation

L'appui sur des méthodes participatives implique toutefois également de réfléchir, en amont de tout projet, à des modalités d'évaluation adaptées.

Concernant l'évaluation de la participation

La « participation » ou « l'adhésion » des agents à une démarche est souvent prise comme un indicateur de l'échec ou de la réussite d'un projet. Rappelons toutefois que même si la méthodologie choisie est destinée à « faire participer », le caractère réellement participatif d'une démarche ne peut s'apprécier qu'en aval, et de façon relative à l'échantillon sollicité.

L'évaluation des démarches présentées dans ce guide, notamment en matière de qualité de vie et de santé au travail, ne doit donc pas se limiter à des indicateurs d'effets⁽³⁾. Il s'agira plutôt de produire des analyses qualitatives axées sur le processus mis en place, grâce à la confrontation des points de vue des acteurs au terme de la démarche. Le collectif chargé d'évaluer sa propre action doit en ce sens réinterroger chaque étape décisive de la chronologie de son projet pour contextualiser les résultats obtenus :

- Quel était le degré de participation attendu de la part des personnels ? Quel a été le degré réel de leur participation ? Si une hétérogénéité entre les attendus et la réalité s'est faite sentir, quelles en sont les causes ?
- Quel était le degré de prédétermination des résultats obtenus par la direction et/ou l'encadrement ?
- Si la démarche bénéficiait de la présence d'un « tiers associé » (chercheur, consultant, personne extérieure qualifiée), quelle était sa posture vis-à-vis des personnels comme de la direction, et quel était son degré de contrôle sur le processus ?
- Y a-t-il des thèmes/idées/méthodes/directions qui ont été adoptés car ils avaient émergé dans le processus, même si leur apparition n'était pas prévue ?
- Dans quelle mesure l'information sur les résultats du processus et le passage à l'étape suivante était-elle également, ou non, répartie entre les participants au processus ? Autrement dit, certains membres du collectif savaient-ils des choses que d'autres ne savaient pas ?
- Des désaccords ont-ils été verbalisés quant au déroulé ou aux résultats du processus, si oui par qui, et quelle réponse ou suite y a été donnée ?



Et la prochaine fois...

De ces éléments d'évaluation, plusieurs questions concernant l'amélioration de toute démarche peuvent être tirées en vue d'un apprentissage par la pratique.

Pour chaque étape, à quel moment du processus le collectif aurait-il pu :

- Inclure plus de personnes ?
- Tenir compte de l'avis de plus de personnes ?
- Intégrer des éléments de problématisation et/ou de résultats nouveaux et inattendus ?
- Mieux partager l'information et communiquer de façon plus transparente, sans impacter le calendrier de sa progression ou entamer sa faisabilité ?

C'est en fonction des réponses à toutes ces questions que le collectif réuni autour de la démarche pourra déterminer les forces de la méthodologie choisie par rapport au contexte et à la demande institutionnelle, en repérer les limites - notamment s'agissant des obstacles émergeant en cours de démarche -, et enfin déterminer la marge de manœuvre subsistant pour rendre les démarches suivantes encore plus participatives, sans céder à l'impératif de faisabilité ni à la tentation d'un consensus de façade. ◆

● POUR ALLER PLUS LOIN : LE MOT DU CHERCHEUR

La partition en trois grands types que nous avons retenue – recherche-intervention, recherche-action coopérative, recherche-action participative – est bien assise dans la littérature scientifique⁽⁴⁻⁶⁾. Elle sera transposée en trois grands chapitres, concernant respectivement les démarches de style « interventionnel », les démarches coopératives et les démarches dites collaboratives.

3

Synthèse des démarches participatives



Démarche interventionnelle

Organisation temporelle de la démarche

CADRAGE TEMPOREL PRÉCIS (3 À 6 MOIS)

1. Repérage d'un problème / qualification du problème
2. Planification du projet
3. Observation des résultats
4. Évaluation et amélioration du processus

Concepts et courants de référence

RECHERCHE-ACTION LEWINIENNE RECHERCHE INGÉNIÉRIQUE

- > Approche axée sur le changement
- > Forte importance des outils déployés
- > Recherche de solutions transférables



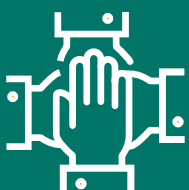
Démarche coopérative

CADRAGE TEMPOREL PRÉCIS ET LONG (ENTRE 6 MOIS ET 1 AN)

1. Repérage d'un problème
2. Discussion avec les acteurs, reformulation du problème
3. Choix d'une stratégie/ méthodologie
4. Réflexion et correction

RECHERCHE-ACTION COOPÉRATIVE COOPERATIVE INQUIRY

- > Approche axée sur la réflexivité et la construction du sens
- > Forte importance de la méthodologie
- > Recherche de solutions adaptées au milieu



Démarche collaborative

CADRAGE TEMPOREL IMPRÉCIS ET LONG (MINIMUM 6 MOIS)

1. Repérage d'un enjeu - élaboration collective du de la problématique
2. Co-construction de la stratégie et de l'action
3. Auto-évaluation par les acteurs

RECHERCHE-ACTION PARTICIPATIVE / RECHERCHE PARTICIPATIVE ET «SCIENCES CITOYENNES»

- > Approche axée sur l'autonomisation et la valorisation des savoirs
- > Forte importance de l'implication des acteurs tout au long de la démarche
- > Recherches de solutions utilisables directement par les acteurs de terrain

Stratégies présentées dans le cahier

Qui participe ? Quelle place pour les participants ?	Type de problème à résoudre	Positionnement des intervenants extérieurs	Modalités de travail	Influence des participants sur la démarche
<p>RECRUTEMENT CIBLÉ</p> <p>> Équipe/service concerné comme récepteur et testeur de l'outil proposé</p>	<p>SUJET RESTREINT</p> <p>> Problème opérationnel > Sujet lié aux processus et/ou à l'organisation</p>	<p>PILOTE DE PROJET</p> <p>> Réponse à la demande institutionnelle > Construction et conduite de projet</p>	<p>QUANTITATIF AVEC DU QUALITATIF</p> <p>> Valorisation de l'expression formalisée</p> <p><i>Questionnaires - Réunions Entretiens - Outils</i></p>	<p>VALIDATION</p> <p>Les acteurs sont informés du déroulé de la démarche et consultés aux différentes étapes</p>

<p>ÉCHANTILLON REPRÉSENTATIF</p> <p>> Tirage au sort/Appel à volontaires > Parties prenantes professionnelles</p>	<p>SUJET OPÉRATIONNEL, ÉTHIQUE, PRAXÉOLOGIQUE</p> <p>> Problématique liée aux ressources humaines, aux conditions de travail et aux questions de sens au travail</p>	<p>COORDONNATEUR DE PROJET</p> <p>> Proposition de méthodologie par reformulation d'une demande institutionnelle et/ou de terrain</p>	<p>QUALITATIF AVEC OU SANS QUANTITATIF</p> <p>> Valorisation de l'expression spontanée formalisée et organisée par les chercheurs</p> <p><i>Questionnaires - Réunions - Entretiens formels - Entretiens informels - Immersion des chercheurs dans les services concernés</i></p>	<p>PROPOSITION ET VALIDATION</p> <p>> Les acteurs sont consultés et leurs préférences individuelles sont agrégées pour générer de nouvelles connaissances et solutions</p>
--	--	---	--	--

<p>RECRUTEMENT CROISSANT DE PARTICIPANTS</p> <p>> Parties prenantes professionnelles et usagers, cible progressivement élargie via un effet boule de neige (les premiers consultés recommandent des participants et de nouveaux participants se manifestent spontanément au fur et à mesure de la démarche) > Co-décisionnaires quant au processus de la démarche</p>	<p>SUJET LARGE ENJEU STRATÉGIQUE</p> <p>> Problématiques nécessitant un engagement fort de l'équipe et/ou création d'un collectif à long terme</p>	<p>PARTENAIRE DU PROJET</p> <p>> Co-construction à partir d'une demande de terrain</p>	<p>QUALITATIF</p> <p>> L'expression spontanée est formalisée dans un second temps par les acteurs et les chercheurs</p> <p><i>Réunions - Groupes de travail - Co-écriture de documents</i></p>	<p>CO-CONSTRUCTION ET CO-PRODUCTION</p> <p>> Co-construction et co-production des savoirs et des solutions, décision</p>
--	--	--	--	--

Avantages

OPÉRATIONNALITÉ, MAÎTRISE DU TEMPS, RAPIDITÉ

- > Production d'outils pour la pratique
- > Contrôle fort de l'établissement demandeur sur la démarche
- > Adaptation forte de l'intervention à la demande institutionnelle

Points d'attention

APPROCHE DIRIGÉE

- > N'est pas une démarche de cohésion de groupe
- > Risque de perte de vitesse au départ des tiers associés

Le conseil d'usage de la FHF

Un projet institutionnel ou d'équipe peut bénéficier de l'intervention de tiers façon ponctuelle (*design thinking*, ateliers de créativité, *Word cafés*).

Ces interventions sont un outil plutôt qu'une démarche globale. Elles peuvent permettre d'initier le collectif hospitalier à la participation.

PARTICIPATION LIBRE ET VOLONTAIRE : ENGAGEMENT FORT DES PARTICIPANTS

- > Production de connaissances nouvelles sur l'établissement dont les acteurs peuvent se servir
- > Adaptation de la méthode à l'institution et à ses agents

IMPLICATION HÉTÉROGÈNE DES ACTEURS

- > Résultats à moyen terme
- > Dynamique de cohésion fortement dépendante des intervenants

La démarche coopérative est une démarche globale, de moyen terme, qui peut guider l'élaboration d'un projet institutionnel.

Pour garantir une participation maximale, elle gagne à être multimodale et utiliser des outils divers (y compris des démarches interventionnelles ponctuelles par exemple).

PARTICIPATION LIBRE ET VOLONTAIRE

- > *Empowerment* des professionnels, autonomisation des équipes
- > Légitimité du processus, des résultats de recherche et des actions entreprises

DÉMARCHE POTENTIELLEMENT DIFFICILE À CADRER AU DÉPART

- > Résultats à long terme
- > Enjeu de maintien de la motivation des acteurs de terrain durant un processus qui peut s'étendre dans le temps

Ce type de démarche se construit dans le temps : la réflexion, l'écriture et l'auto-évaluation sont collectives.

Elle peut être difficile à mettre en œuvre dans un collectif trop large dans lequel la participation de très nombreux acteurs, chronophage, peut conduire à un essoufflement. L'esprit de co-construction de la démarche participative répond particulièrement aux attentes des groupes de travail et des projets visant une cohésion d'équipe par la création d'un collectif.

4

Les démarches interventionnelles



○ Une démarche comparable à l'intervention d'un consultant

La démarche interventionnelle est, des trois types de démarches présentées dans ce guide, la plus proche des interventions classiques des cabinets de conseil. Le groupe qu'elle réunit a une vocation d'abord opérationnelle : organiser la démarche, la planifier et, au regard des résultats produits, repréciser la commande faite initialement. La démarche interventionnelle propose donc de mener une réflexion outillée, prescriptive et normative dans l'organisation et avec les acteurs, dans laquelle l'outil apporté par le tiers associé (consultant, expert, chercheur...) est central tant pour la réflexion de l'organisation sur son projet que pour son action future.

○ La proposition d'outils à la suite de la modélisation du système étudié

Plus globalement, les démarches de type interventionnel créent une connaissance procédurale et une « pensée-méthode » qui compte beaucoup sur la capacité de l'intervenant à modéliser la complexité du système dans lequel il intervient⁽⁷⁾. On attendra des acteurs de terrain, par conséquent, qu'ils s'approprient les outils et solutions proposés⁽⁸⁾. Ces outils et ces solutions étant exogènes à l'organisation, leur utilisation par les professionnels nécessite une certaine capacité d'adaptation à l'inconnu. ●



APPLICATION :

Mettre en œuvre une démarche participative de type interventionnel

○ Principes

Les démarches dites interventionnelles reposent sur l'hypothèse selon laquelle il est impossible de parfaitement comprendre un système jusqu'à ce qu'on tente de le changer. Dans ce paradigme, l'action advient d'abord, et ses conséquences seront autant de connaissances nouvelles que l'institution possèdera sur elle-même. Un cycle complet comprendra une phase d'action/implémentation suivie d'une phase de réflexion sur les effets du changement introduit, puis d'un temps de résolution des problèmes afférents afin de prendre les décisions nécessaires à l'introduction de corrections ou de nouveaux changements.

Le processus est dit hypothético-déductif : une hypothèse est formulée que l'on vérifie en introduisant un changement donné dans le système ou dans le groupe visé. Les effets de ce changement permettent de confirmer ou d'infirmer l'hypothèse.

○ Dans quel cas avoir recours à ce type de démarche ?

Les démarches de type interventionnel répondent particulièrement bien à des problèmes opérationnels, liés aux processus et/ou à l'organisation ; elles relèvent plutôt d'une démarche globale (appliquée à l'ensemble d'un projet). Ces approches peuvent permettre d'initier le collectif hospitalier à la participation en l'aidant à construire une réponse collective à un sujet restreint, clairement identifié.

○ Posture de l'intervenant et degré de participation des acteurs de terrain

Dans une démarche de type interventionnel, le pilote de projet (qu'il soit interne à l'organi-

sation ou tiers associé) exerce une maîtrise sur le contenu et la méthodologie de la démarche, autrement dit sur ce qui est implémenté et la façon d'implémenter elle-même. Il est à la manœuvre dans la conception du projet et dans le choix des instruments, des méthodes de diagnostic et d'action^(9,10) : les acteurs de terrain peuvent intervenir sur le déroulement du processus⁽¹¹⁾, mais n'en sont pas considérés comme les concepteurs.

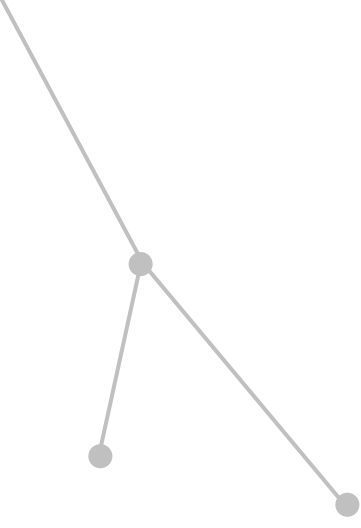
Identification du problème et précision de la commande

Si la définition du problème donnant lieu à la commande peut éventuellement être co-construite avec les acteurs, la démarche interventionnelle est avant tout recommandée dans des cas où l'établissement souhaite bénéficier de connaissances exogènes, produites par un intervenant extérieur⁽¹⁰⁾. De ce point de vue, toute intervention doit reposer sur un accord entre les acteurs stipulant qu'ils acceptent de déléguer à l'intervenant la démarche en elle-même et ne pas en assumer la maîtrise.

Les objectifs sont d'emblée opérationnels et établis dès le début de la démarche afin de garantir la faisabilité du projet et l'obtention de résultats concrets, comme en témoigne l'expérience du CH Simone Veil.

Choix de la méthode et mise en place du projet

La démarche de type interventionnel, souvent plus rapide et plus dirigée qu'une démarche coopérative ou collaborative, nécessite plus que les deux autres un temps préalable de définition du projet et du dispositif d'intervention et de contractualisation lorsqu'un tiers est associé. Elle se réfléchit avant d'être mise en œuvre puisqu'une fois lancée, celle-ci n'a pas vocation à évoluer.



Malgré leur place dominante dans ce type de démarche^[12], les « instruments de gestion » (tableaux SWAT, diagramme de Gantt, logiciels...) ne sont pas les seuls outils à la disposition de l'institution. On peut également s'appuyer sur des formations^[13], des ateliers de design thinking... L'essentiel étant de garder la sensibilité « instrumentale » de la démarche, axée sur le changement des pratiques.

La restitution des résultats constitue enfin un enjeu majeur dans ce type de démarche, puisqu'il est question que les acteurs de terrain s'approprient la connaissance et les outils ayant orienté l'action^[6].

La place d'un tiers associé à la démarche

Le tiers associé à ce type de démarche doit posséder une expertise^[11,14] qui lui permet d'être plus qu'un simple observateur : il accompagne l'organisation et interprète ce qui s'y passe à partir de l'implémentation du changement. Tout en prenant en compte les données contextuelles du terrain sur lequel il se trouve, celui-ci utilise les connaissances génériques qu'il possède pour éclairer ce qui se passe à l'aide d'éléments rencontrés

de façon récurrente sur d'autres terrains. L'expérience de formation/action portée par l'EHPAD « Les Châtaigniers » en partenariat avec l'ARACT et la CARSAT illustre bien cette dynamique.

○ Bénéfices et points de vigilance

Le bénéfice des approches inspirées par les démarches interventionnelles est évident :

- Le projet est volontairement très opérationnel, l'action est au centre du processus
- Ce processus, maîtrisé par le pilote de projet, peut par conséquent être relativement rapide, même en tenant compte de l'incertitude relative inhérente à l'imprévisibilité de la réaction du groupe confronté au changement introduit.

Le point de vigilance principal porte sur la durabilité de l'action à laquelle l'établissement doit particulièrement faire attention^[14] une fois le projet terminé ou les tiers associés partis^[9]. ●

○ LE MOT DU CHERCHEUR

La démarche interventionnelle, une adaptation de la « recherche-intervention » et de la « recherche ingénierique »

○ Définition de la « recherche-intervention »

La recherche-intervention (RI), se distingue, comme les autres démarches de ce guide, de la recherche sociologique ou ethnographique traditionnelle en ce que le chercheur n'est pas uniquement observateur mais bien acteur d'un processus mis en place dans une organisation donnée.

Forme la plus proche de l'idée de départ de la recherche-action formulée par K. Lewin, la RI part d'un postulat épistémologique spécifique : l'action précède et génère la connaissance. C'est donc en transformant l'objet de recherche que le chercheur peut obtenir un savoir supplémentaire sur ce qu'il souhaitait étudier⁽¹¹⁾. Le but est, de façon explicite, de transformer l'organisation, ce qui distingue d'emblée ces modalités de recherche de celles de la sociologie des organisations⁽¹⁵⁾.

La particularité de l'intervention du chercheur, dans ce type de recherche, consiste en un appui prononcé sur des outils d'action*. Nous choisissons de nous concentrer ici sur l'acceptation du terme « intervention » tel qu'utilisé par les sciences de gestion, et qui implique une action directe (quoique préparée en amont) du chercheur sur son terrain⁽⁴⁾. Si ce choix explique que les outils ou instruments mentionnés sont souvent des instruments de gestion, il est à noter que le même type de démarche existe dans le domaine du travail social⁽¹⁶⁾ lorsqu'est sollicitée de l'« ingénierie sociale », ou encore du côté des sciences de l'éducation avec les « recherche-action-formation »⁽¹³⁾. La démarche, peu importe sa discipline de rattachement, reposera cependant toujours sur une mise au centre de l'outil, tant pour l'introduction du changement initial que pour la génération de connaissances nouvelles.

○ Épistémologie et construction du savoir

Une connaissance construite à partir de la mise en œuvre d'une action

Comme l'ensemble des démarches de recherche-action, la RI opère à l'intérieur d'un paradigme « constructiviste » : il s'agit de considérer que les acteurs agissent et raisonnent en fonction du rapport qu'ils entretiennent, psychiquement et socialement, à leur propre situation. Si ce rapport n'est pas directement mesurable, il détermine sans aucun doute pour partie leur appréhension du monde et de leur travail.

On s'intéressera donc aux perceptions subjectives, en tant qu'elles induisent parfois des « logiques locales de comportement des acteurs qui aboutissent à des incohérences globales non prévues par les concepteurs et porteurs des outils »⁽¹²⁾. Il s'agira toutefois pour le chercheur de repérer les caractéristiques de l'établissement qui rendront reproductibles sur le terrain des modèles éprouvés dans la littérature scientifique, ce qui situe résolument les RI du côté des recherches hypothético-déductives.

*Les deux autres démarches étant plus exploratoires, moins hypothético-déductives, et s'appuyant donc avant tout sur le pouvoir de la parole et de la réflexivité collective du groupe comme vecteurs de changement organisationnel. La RI relève quant à elle plutôt d'une dynamique de construction de l'innovation gestionnaire⁽¹⁸⁾.

Une méthode de recherche comparable à l'intervention d'un auditeur

Poussée à son maximum, la démarche interventionnelle, issue de la recherche-intervention en sciences de gestion notamment, peut devenir de la recherche ingénierique, dans laquelle le « chercheur-ingénieur » [...] conçoit l'outil support de sa recherche, le construit, et agit à la fois comme animateur et évaluateur de sa mise en œuvre dans les organisations »^[17]. Le chercheur est donc inclus dans le dispositif de recherche, « mais il occupe une position particulière, délocalisée »^[18].

L'utilité directe des résultats est au premier plan des « interactions sociales instrumentées »^[19] qui émergent grâce au dispositif de collaboration entre chercheurs et praticiens. Le processus d'apprentissage est ainsi asymétrique : les praticiens s'approprient ce que le chercheur amène de connaissances intelligibles qui leur permettent d'agir plus efficacement ; le chercheur, quant à lui, vérifie des théories déjà éprouvées par ailleurs grâce aux retours du terrain. L'interaction avec le chercheur devient un « catalyseur de l'apprentissage organisationnel »^[15].

L'établissement doit par ailleurs, pour aboutir à une rationalisation des interventions ou des processus, accepter d'être momentanément pris comme un « objet » de recherche. Cette objectivation n'est possible qu'à la condition que l'ambiance institutionnelle soit suffisamment bonne, afin de ne pas donner aux agents de terrain l'impression d'être instrumentalisés ou dépossédés de leurs savoirs pratiques subjectifs.

EXPÉRIENCE 1

La démarche de l'Hôpital Simone Veil – Groupement hospitalier Eaubonne Montmorency

● PRÉSENTATION DE LA DÉMARCHÉ :

Dans le contexte de l'élaboration de son nouveau projet d'établissement, l'Hôpital Simone Veil - Groupement hospitalier d'Eaubonne-Montmorency a fait le choix de construire un projet managérial en vue d'intégrer pleinement la fonction managériale au pilotage stratégique de l'établissement.

Le projet managérial est ici conçu comme une démarche à destination des managers, articulée avec le projet social, ces deux volets du projet d'établissement étant au service d'une ambition commune : replacer l'humain au cœur des organisations et ainsi améliorer la qualité de vie au travail des professionnels et les services offerts aux usagers. Cela passe par le développement de la confiance, de l'autonomie et de la responsabilité des professionnels.

L'enjeu est de construire une démarche de transformation via le développement des processus d'intelligence collective. Concrètement, le projet managérial est le lieu de l'expérimentation par les managers de positionnements, de méthodes, d'outils ou de démarches plus participatifs, issus d'outils d'intelligence collective (*design thinking*, co-développement, gestion de projet en mode agile...) en vue de faire évoluer leurs pratiques quotidiennes dans l'accompagnement d'équipes et de projets au service des patients.

● RÉFÉRENT : Pierre LESPAGNOL

NATURE DU PROJET

CONSTRUCTION DU PROJET MANAGÉRIAL DANS LE CADRE DE L'ÉLABORATION DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT 2018 – 2022.

Le projet managérial identifie les besoins et missions spécifiques de l'ensemble des managers (médicaux, soignants, administratifs, logistiques et techniques). Il fait apparaître les piliers de la ligne managériale du GH d'Eaubonne Montmorency : l'exigence et la bienveillance, la liberté et la responsabilité. Il vise à libérer la parole et la créativité pour l'épanouissement de chacun au service de la mission de l'hôpital.

Les objectifs de cette démarche sont :

- > **Le développement de la confiance, l'autonomie, l'épanouissement et l'engagement des professionnels** pour mieux répondre à l'ambition d'amélioration continue de la qualité de prise en charge.
- > **Faire émerger une « communauté managériale »** autour des enjeux communs des managers, indépendamment de leurs corps de métier d'origine.
- > **La valorisation de la dimension managériale** des missions des responsables hospitaliers.

COMPÉTENCES, CONCEPTS ET RÉFÉRENCES MOBILISÉS

La démarche du projet managérial du GH d'Eaubonne Montmorency **bénéficie du recours à un prestataire extérieur**, d'une part, pour bénéficier de compétences spécifiques et innovantes et, d'autre part, pour répondre à un objectif de formation de certains professionnels pour **acquérir de nouvelles compétences managériales en interne** (animation, facilitation, co-développement, design thinking, gestion de projet en mode agile...).

La mission du prestataire était les suivantes :

- > **Accompagnement** de l'animation de la démarche.
- > **Animation d'ateliers.**
- > **Formation spécifique** de l'équipe de direction au lancement du projet managérial.
- > **Formation dédiée** du « directoire élargi » (équipe de direction, chefs de pôle et cadres de pôle).
- > **Formation de certains managers** au co-développement.
- > **Formation équipe de direction** et de l'équipe cœur de projet à la « gestion de projet en mode agile ».
- > **Formation des managers.**

La démarche projet managérial du GH d'Eaubonne Montmorency s'appuie sur des outils et une méthodologie issue du **concept d'intelligence collective**.

- > *Références : Frédéric LALOUX, Vincent LENHARD*

PILOTE DE PROJET ET SON POSITIONNEMENT

Le GH d'Eaubonne Montmorency a fait le choix d'un pilotage stratégique et opérationnel médico-administratif assuré par la Directrice et le Président de la CME de l'établissement.

Comité de pilotage composé de la Directrice Générale, du Président CME, d'un représentant des chefs de pôle, du Directeur de la stratégie, de la Directrice des Ressources Humaines (notamment chargée d'assurer le lien et la cohérence avec le projet social), la Directrice de la communication, la Directrice des soins, la Directrice instituts de formation et du prestataire.

Pilote opérationnel : Directeur de la stratégie.

Dès le lancement de la démarche, le projet managérial et sa déclinaison progressive font l'objet de présentations régulières aux différentes instances de l'établissement.

La démarche bénéficie d'espaces et d'une communication spécifique.

Le projet managérial du GH d'Eaubonne Montmorency cible les managers de l'établissement, qui ont été associés à plusieurs moments et niveaux :

1. Organisation d'un état des lieux : enquête initiale sur les attentions, besoins et missions des managers (similaire pour le personnel médical et non-médical avec quelques ajustements pour prendre en compte leurs spécificités).

> Taux de participation très élevé (plus de 75% de retours de la part des managers). Cette enquête a été suivie par l'organisation d'un World Café (ateliers de facilitation en intelligence collective, réunissant plus de la moitié des managers de l'établissement).

2. Les résultats de l'enquête et des échanges lors de cet événement convivial ont permis de prioriser les actions prioritaires de la démarche et de préciser collectivement de premiers projets pilotes.

3. « L'équipe cœur de projet » qui participe aux premières actions (mise en place d'une pépinière des managers, d'un laboratoire des managers et d'une plateforme ambulatoire de médecine) et expérimente en priorité les nouveaux outils managériaux a été composée sur la base de candidatures volontaires parmi l'ensemble des managers.

4. Les actions et expérimentations font l'objet de présentation à la communauté managériale afin d'être challengées et de bénéficier des expériences/expertises de chacun.

Modalités de participation

2017 : expérimentation d'espaces de co-élaboration

- > Séminaire directoire et CODIR
 - Refonte organigramme
 - « CODIR sans DG »
- > 1^{er} groupe de co-développement à destination de cadres supérieurs.
- > « Café gourmand » : table-ronde de managers sans ordre du jour, temps d'échange trimestriel direct avec la DG.

2018 : démarrage élaboration projet managérial

- > Recours à un partenaire extérieur sur la démarche projet managérial et réalisation d'un état des lieux via une enquête et un événement convivial dédiés aux managers.
 - Identification de la « communauté des managers » (déterminer la liste, indépendamment des métiers, des managers de l'établissement pour lesquels une communication et des événements sont dédiés).
 - Identification des compétences attendues et des missions d'un manager, ainsi que des valeurs.
 - Expérimentation des modalités du « world café » autour de la présentation des résultats de l'enquête.
- > Expérimentation des ateliers de créativité – design thinking.

2019 : Constitution de l'« équipe cœur » et lancement de 3 projets pilotes issus de l'enquête diagnostic

- > Appel à projet à l'ensemble des managers hospitaliers : 3 projets retenus pour l'expérimentation de la méthodologie de « gestion de projet en mode agile ».
 - « Pépinière des managers » : mettre à disposition un lieu d'échange, de coopération et de convivialité pour la communauté des managers
 - « Laboratoire des managers » : accompagner et permettre à tous les managers de se former, de s'informer et de disposer d'une boîte à outils
 - « Plateforme ambulatoire de médecine » : définir le périmètre et les conditions d'un espace ambulatoire médical
- > Formation d'une « équipe cœur de projet » pluri-professionnelle, et trans-hiérarchique dont les membres, choisis sur la base de candidatures volontaires ont été formés aux nouvelles modalités de gestion de projet. Cette « équipe cœur de projet », qui pilote et anime les projets pilotes, comprend ainsi les premiers ambassadeurs de la démarche au sein de l'établissement et en facilite la diffusion.
- > Journée de célébration : présentation des projets et des réussites collectives.

QUI PARTICIPE ?

MODALITÉS DE CHOIX

Choix de n'impliquer que des managers. Toutefois, ces managers sont issus de corps de métiers différents et sont de niveaux hiérarchiques différents.

Adéquation de la démarche

CONDITIONS DE RÉUSSITE

- > **Travail préalable indispensable** au lancement de la dynamique : implication de la DG/PCME, formation préalable du CODIR, définition et sens de la démarche et de ses implications.
- > **Temps dégagé** : difficulté de mobilisation du personnel médical au regard du temps nécessaire ; rappeler que le management n'est pas une activité « en plus » mais bien au cœur de leur quotidien au sein des services et des pôles.
- > **Maintien de la cohérence** avec le projet social.

AVANTAGES

- > **Dynamique créée** dans l'établissement.
- > **Visibilité donnée à l'enjeu managérial**, replacé au cœur de la stratégie d'établissement.
- > **Démarche continue**, en agilité, s'adaptant aux enjeux/besoins des managers.
- > **Développement par « hybridation »** : d'équipe en équipe, de projet en projet.
- > **Implication large**, et notamment des responsables médicaux.
- > **Renforcement de la participation** des managers et de leurs équipes.
- > **Développement de la créativité** des professionnels.

DIFFICULTÉS

DIFFICULTÉS RENCONTRÉES ET POINTS DE VIGILANCE :

- > **Risque d'une démarche à « plusieurs vitesses »** vis-à-vis des professionnels les plus impliqués dans la démarche.

Spécificités et points forts de la démarche



ANALYSE FHF

L'accent mis par cette démarche sur l'innovation managériale et la valorisation de la fonction managériale est particulièrement appréciable dans les points suivants :

- > **Expérimentation d'un management innovant et participatif** par les managers en vue de faire évoluer leur pratique managériale quotidienne.
- > **Instauration de rituels de valorisation collective de la réussite** : espace d'échanges directs avec la DG dédiés aux managers, « journée de célébration ».
- > **Acquisition de nouvelles compétences managériales en interne** via une politique de formation managériale volontariste et coordonnée.

EXPÉRIENCE 2

La démarche de l'EHPAD « Les Châtaigniers » Chauvigny (86)

● PRÉSENTATION DE LA DÉMARCHE :

L'EHPAD a souhaité s'inscrire dans une démarche de formation/action proposée par l'ANFH avec l'ARACT et la CARSAT. Formation conjointe équipe d'encadrement et représentants du personnels sur un an et demi avec d'autres établissements visant à construire un plan d'action de prévention de l'usure professionnelle, avancer et partager en groupe.

NATURE DU PROJET

- > Mise en place d'une **démarche de prévention durable** de l'usure professionnelle de l'établissement.
- > Souhait de la direction d'initier une démarche de réflexion autour de la thématique pour prévenir l'absentéisme, **favoriser la cohésion d'équipe et le bien-être au travail**.
- > Durée de la formation : plusieurs rencontres entre établissements sur 1,5 an.

COMPÉTENCES, CONCEPTS ET RÉFÉRENCES MOBILISÉS

Accompagnement de la démarche par l'ARACT et la CARSAT :

- > 4 journées de formation, 3 appuis individuels sur site, 2 journées de suivi.
- > Appropriation d'outils de conduites de projet, de diagnostic partagé, d'analyse des situations de travail.

Appropriation et adaptation de la démarche en interne :

- > Réflexion encadrements/représentants du personnel sur les constats, les axes de travail propres à l'établissement en termes de prévention de l'usure professionnel à l'aide de différents outils (bilan social, enquêtes).
- > Association de l'ensemble des professionnels via des groupes de travail en interne.

PILOTE DE PROJET ET SON POSITIONNEMENT

L'équipe de direction a souhaité adresser sa candidature pour participer à cette formation/action.

La directrice-adjointe et le cadre de santé ont :

- > **Suivi la formation** aux côtés des représentants du personnel, organisé les venues ARACT/CARSAT sur site.
- > **Formalisé le plan de prévention**, communiqué auprès des chefs de service, du personnel et des instances.
- > **Organisé plusieurs groupes** de travail en interne.
- > **Mis en forme et en place les outils** travaillés avec les professionnels.
- > **Assuré le pilotage et le suivi du plan** sur la durée et en lien avec le CHSCT.
- > **Intégré les objectifs** dans le plan d'action qualité et dans le projet d'établissement.

PLACE ET INFLUENCE DES PARTICIPANTS SUR LA DÉMARCHÉ

L'encadrement et les représentants du personnel ont dû dédier des temps pour **échanger et partager leur vision des problématiques** en lien avec l'usure professionnelle dans l'établissement. Les représentants du personnel ont dû se positionner et relever des pistes d'amélioration à travailler en équipe. Ils ont présenté à leurs collègues le plan d'action envisagé.

Modalités de participation

ÉTAPES DU PROJET

- > Lors des journées de formation, en groupe de travail, repérage des difficultés les plus prégnantes dans notre structure.
- > Élaboration d'un plan d'action travaillé et validé ensuite en interne en groupe de travail avec les professionnels.
- > Thématiques des groupes de travail internes : validation des constats, validation et propositions de pistes de travail, travail sur le contenu du plan d'action : grille de tutorat pour point à 1 mois et 3 mois avec tuteur et cadre : (connaissance de l'EHPAD, savoir-faire et savoir-être).
- > Organisation du suivi du plan d'action.

QUI PARTICIPE ?

MODALITÉS DE CHOIX

- > Les représentants du personnel.
- > L'équipe d'encadrement (avec 7 autres établissements accompagnés par l'ARACT et la CARSAT).
- > Les groupes de travail en interne ont été ouverts à tous les professionnels intéressés.

DURÉE DE LA PÉRIODE D'ÉLABORATION DES PLANS D'ACTION : 4 MOIS

- > 4 groupes de travail organisés en interne en 2018 : une dizaine de professionnels ont participé à chaque groupe (les professionnels n'étaient pas les mêmes selon les groupes).



○ Adéquation de la démarche

○ CONDITIONS DE RÉUSSITE

- > **Échanges directs avec les représentants du personnel** tant sur l'identification des problématiques que sur les pistes d'amélioration envisagées.

○ AVANTAGES

- Partage des problématiques rencontrées avec d'autres établissements (secteurs et publics divers) :
- > **Réflexion et création d'outils concrets** avec les professionnels et adaptés aux problématiques de l'établissement.

○ INCONVÉNIENTS

Difficultés rencontrées et points de vigilance :

- > **Difficulté de faire vivre le plan d'action dans sa globalité** (actions diverses à mener et à suivre sur 5 ans).

○ Spécificités et points forts de la démarche



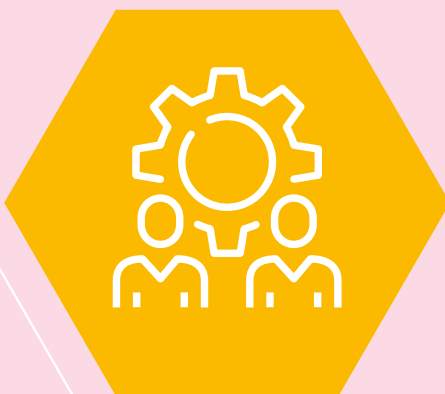
○ ANALYSE FHF

Cette démarche pragmatique associant la direction, l'encadrement, les représentants du personnels et les professionnels s'illustre par :

- > **Un temps de formation commun** entre les acteurs de l'élaboration du plan d'action permettant un langage commun pour aborder la problématique.
- > Une fois le plan d'action arrêté, **un second temps d'association des professionnels** via les groupes de travail thématiques.
- > **La mise en place d'actions concrètes expérimentées par les professionnels**, puis ajustées dans une logique d'amélioration continue.

5

Les démarches coopératives



Les démarches coopératives apparaissent comme une méthode médiane entre les démarches interventionnelles et les démarches collaboratives. La démarche coopérative permet à la fois de valoriser et d'utiliser pleinement la réflexion des acteurs sur les problèmes qui se posent à eux, mais aussi de reconnaître l'expertise de l'éventuel tiers associé. Cette démarche se révèle par conséquent particulièrement intéressante pour « l'exploration de nouvelles formes organisationnelles »^[20]. ◆

APPLICATION :

Mettre en œuvre une démarche de type coopératif

○ Principes

La démarche coopérative reconnaît à tous les acteurs des positions d'expertise^[21]. Schématiquement, on peut dire que dans une démarche coopérative, l'intervenant possède l'expertise méthodologique, les acteurs l'expertise sur la thématique. Le processus est donc largement influencé par les acteurs de terrain, que leur expertise permet de considérer comme une instance décisionnaire^[20] sans pour autant qu'opère une confusion des identités et des rôles entre intervenant et professionnels de terrain.

○ Dans quel cas avoir recours à ce type de démarche ?

Cette démarche, mêlant exploration de fond et rigueur méthodologique, peut être utilisée dans le cadre de projets globaux impliquant l'ensemble d'un établissement, et ce quelle que soit sa taille. Dans ce paradigme, une attention toute particulière sera donnée à la co-construction du problème avec les acteurs, au respect de la diversité des contributions de chacun en fonction de son domaine d'expertise : expertise méthodologique chez les intervenants ou les responsables de la

démarche, à l'image de l'expérience du CH de Valenciennes, expertise de fond pour les acteurs.

Le processus de la démarche est cyclique et fait alterner phases où des savoirs nouveaux peuvent émerger, et phases où les premiers résultats sont confrontés à l'opinion des acteurs. L'initiation à une forme de recherche qu'elle peut constituer pour les acteurs de terrain permet à la fois d'éveiller des vocations et de stimuler la créativité et l'autonomie des professionnels de terrain.

○ **Posture de l'intervenant et degré de participation des acteurs de terrain**

Cette démarche nécessite que l'intervenant soit impliqué dans l'expérience de terrain des acteurs, quitte à s'en détacher dans un deuxième temps. Celui-ci doit donc, au moins durant un temps donné, être placé en immersion dans l'organisation avec laquelle il travaille. Il aura à sa charge le contrôle de la méthodologie selon laquelle se déroulera la démarche, tout en garantissant que les acteurs aient une latitude suffisante pour influencer ses hypothèses et ses résultats en interagissant avec lui. C'est en vue de ce processus d'allers-retours et de co-construction que l'intervenant et les acteurs doivent pouvoir constituer un groupe à un moment donné du travail.

Identification du problème

La démarche coopérative conçoit le problème à résoudre comme résultant nécessairement d'un processus de co-construction par un collectif hybride^[22,23], que la démarche de l'EHPAD La Bonne Eure a mis en avant grâce à l'utilisation du design thinking. Ce type de démarche peut débuter à l'initiative de la direction, mais la commande ou la question de départ doit pouvoir être reformulée et précisée par les avis des professionnels de terrain.

Choix de la méthode et mise en place du projet

Une démarche coopérative ne peut avoir lieu sans la constitution d'un collectif autour

de la démarche. La principale étape où se joue la coopération est celle du recueil de « données », temps d'enquête pour l'intervenant et de requalification de la problématique par les acteurs à partir de ce temps d'échange^[24]. Ce moment collectif fait partie intégrante de la démarche coopérative sans la résumer, comme le montre l'exemple du CHU de Clermont-Ferrand.

Les outils qu'elle peut utiliser sont moins libres que ceux de la démarche collaborative, mais une attention particulière sera portée à mélanger des outils différents afin d'obtenir des retours de terrain variés : observations participantes ou immersions, entretiens individuels, focus groups destinés à générer des échanges et du dialogue... Ces outils devront être au service de la démarche, mais aussi directement accessibles pour les acteurs de terrain (par exemple via une boîte à idées) : il importe donc que ceux-ci puissent solliciter les potentiels tiers associés afin d'être force de proposition dans la démarche.

La place du tiers associé à la démarche

Les démarches coopératives reposent fortement sur les relations qui s'instaurent entre intervenants et acteurs de terrain. Suivant la partition entre connaissance méthodologique et connaissance « du terrain » et de ses problématiques, il appartiendra au tiers associé de proposer et d'orchestrer une méthodologie qui permette aux acteurs à la fois de poser les problèmes et de réfléchir collectivement pour trouver les réponses qui leur paraissent les plus justes.

○ **Bénéfices et points de vigilance**

Les démarches coopératives s'appuient sur la capacité critique des acteurs au sujet de la situation dans laquelle ils sont pris : c'est à partir de cette réflexion collective des participants que le changement peut advenir, dans le sens d'une amélioration pour l'ensemble du groupe concerné. Le bénéfice pour une organisation est double :

→ **Accroissement de la réflexivité des acteurs, qui découvrent leurs savoirs au fur et à**

mesure qu'ils les investiguent (facteur d'autonomie)

→ L'établissement de solutions pratiques sur-mesure, adaptées au contexte local.

Les démarches coopératives nécessitent une véritable implication des acteurs et doivent donc prévoir des modalités de restitution aux professionnels de leur travail, ainsi que des modalités de dialogue avec l'intervenant.

Attention, la coopération n'est toutefois pas une évidence ! Les démarches coopératives la conçoivent comme une « visée vers laquelle le chercheur collectif tente de tendre »^[25]. Le caractère coopératif de la démarche aura donc tout intérêt à faire l'objet d'une évaluation et d'une analyse dans l'après-coup, dans un but d'élaboration continue des connaissances et d'amélioration des pratiques. ◆

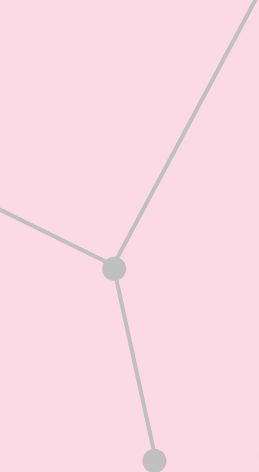
LE MOT DU CHERCHEUR

La démarche coopérative, une adaptation de la « recherche-action coopérative »

La recherche-action coopérative apparaît comme une méthode médiane entre la recherche-intervention et la recherche-action participative. Si les termes de « démarches coopératives » et « collaboratives » semblent proches, il est pertinent d'opérer une distinction entre les deux car coopérer et collaborer ne se réfèrent pas aux mêmes dynamiques de travail : coopérer signifie travailler ensemble en vue d'un même but, les coopérateurs apportant leur aide au processus, tandis que collaborer fait référence à un travail conjoint sur la même activité ou le même projet. Cette différence permet de penser l'entre-deux de la recherche-action coopérative, qui fait travailler ensemble mais de manière différenciée les chercheurs et les acteurs de terrain.

Aux États-Unis, la recherche-action coopérative a parfois été traitée comme une modalité de travail dans laquelle il n'y aurait pas nécessairement d'intervention « professionnelle » pour guider la recherche^[26], mais l'acception française de la coopération insiste sur le jeu des rôles qui s'instaure entre les participants, tous sujets et objets de l'étude, dans des proportions différenciées et à partir de leurs compétences spécifiques. La particularité de cette méthode est donc de reposer sur un partenariat entre chercheurs et acteurs^[27] à partir d'un double principe : égalité des positions et différenciation des contributions^[22].

L'engagement, terme qui peut décrire la dynamique présidant à une recherche-action participative, laisse place à l'implication dans l'action, que l'analyse réflexive du chercheur permettra dans un second temps de transformer en moyen d'accès à la connaissance^[25]. Ainsi la recherche-action coopérative permet-elle à la fois de valoriser et utiliser pleinement les capacités de réflexion des acteurs sur les problèmes qui se posent à eux, mais aussi de reconnaître l'expertise du chercheur. Faire de la recherche « avec », et non plus sur, aboutit à une « réflexion augmentée »^[22] : la méthodologie de la recherche-action coopérative est donc explicitement destinée à aiguïser la réflexivité (sharpen the mind) de ceux qui y participent^[28,29].



Bien que la recherche-action coopérative ait une valeur sociale d'empowerment des acteurs professionnels, son rattachement à la recherche la dégage donc d'un militantisme bloquant la génération de nouvelles connaissances⁽³⁰⁾, au profit d'une conscience poussée des jeux de rôles entre acteurs et groupes sociaux sur le terrain. Cette forme de recherche-action se révèle par conséquent particulièrement intéressante pour « l'exploration de nouvelles formes organisationnelles »⁽²⁰⁾.

○ **Épistémologie et construction du savoir**

Un savoir local tiré de l'expérience

Si l'objectif principal des recherche-intervention est d'abord et avant tout le changement, tandis que les recherche-action participatives s'attachent à l'empowerment des acteurs concernés (voir Partie 3), la recherche-action coopérative apporte une attention toute particulière à la réflexivité⁽²²⁾ des acteurs impliqués dans le processus.


Elle procède d'une conception constructiviste de la connaissance (knowledge), que les chercheurs préfèrent appeler savoir (knowing) : ainsi les savoirs produits par ce type de méthode sont-ils plutôt locaux, pragmatiques et orientés vers la pratique des acteurs, et croisent plusieurs types de savoirs : relatifs à l'expérience, à la présentation de cette expérience à d'autres, à la conceptualisation de l'expérience et finalement à la pratique⁽²⁸⁾.

Une méthode de recherche attentive aux dynamiques de groupe

Puisque les acteurs impliqués dans ce processus n'ont pas toujours la même représentation du problème à résoudre, tandis que la méthodologie de la recherche tend à s'expliquer dans un langage parfois peu accessible aux acteurs de terrain, l'opération fondamentale de la bonne communication entre toutes les parties prenantes sera la traduction⁽³¹⁾, autrement dit la négociation entre toutes les parties pour permettre aux idées des uns de se formuler dans la langue professionnelle des autres.

La recherche-action coopérative, impliquant des co-sujets qui sont également, dans le moment de leur participation, des co-chercheurs, est un dispositif élastique, assez agile, au cours duquel alternent des phases de travail en groupe pour synthétiser les données, et des phases au cours desquelles chaque individu concerné effectuera un travail dont il rapportera plus tard, dans un autre espace, les résultats au groupe⁽³²⁾.

La construction progressive d'une « réflexion augmentée »

Les principaux chercheurs dans le domaine de la recherche-action coopérative considèrent que cette méthode fait appel à des savoirs-faire incarnés plutôt que des connaissances : il s'agit donc d'accompagner les acteurs dans la découverte de leurs savoirs. La méthode est donc très attentive aux dynamiques groupales⁽³³⁾, qui distinguent classiquement les échanges émotionnels inconscients des groupes, constituant le « groupe de base », des échanges rationnels conscients, qui forment le « groupe de travail »⁽³⁴⁾. Le groupe de travail doit équilibrer les rapports entre hiérarchie, collaboration et autonomie pour fonctionner de façon créative⁽²⁸⁾. 

EXPÉRIENCE 1

La démarche de l'EHPAD La Bonne Eure

● PRÉSENTATION DE LA DÉMARCHE :

Après un large état des lieux réalisé à l'arrivée d'un nouveau directeur, l'établissement marqué par un déficit et des difficultés de recrutement un manque d'attractivité, mais engagé dans un programme de reconstruction, a pris une nouvelle dynamique tournée vers l'ouverture de l'établissement sur son territoire. L'enjeu était de construire les nouveaux murs de l'EHPAD pour et avec le territoire et ses habitants, d'une part pour inscrire l'EHPAD dans une identité locale mais aussi dans une démarche citoyenne de solidarité intergénérationnelle et pour créer un EHPAD plateforme de services, qui cherche à répondre aux besoins d'aujourd'hui et se préparer au défi démographique du territoire.

● NATURE DU PROJET

Le projet d'ouverture sur le territoire incluait une démarche participative en interne et plus largement avec les habitants intéressés, élaborée à partir d'une approche de design social.

Ce projet stratégique d'établissement, multidimensionnel, a conduit à la naissance d'un projet PRESERVA (case management et accompagnement à la transition de parcours de vie) préfigurateur de l'EHPAD de demain.

Le projet d'établissement s'est notamment incarné dans l'organisation d'un **déménagement participatif** à l'occasion de l'entrée dans le nouveau bâtiment. Naissance d'un projet PRESERVA (case management et accompagnement à la transition de parcours de vie) préfigurateur de l'EHPAD de demain.

● COMPÉTENCES

COMPÉTENCES, CONCEPTS ET RÉFÉRENCES MOBILISÉS

DESIGN THINKING

- > **Design social** : services et usages définis collectivement, valorisation de l'expérimentation, « devoir de l'erreur »
- > **Yann Le Bosset**
- > **Yves Clot** : clinique de l'activité – régulation de l'activité par les pairs

ACCOMPAGNEMENT ERGONOME

● PILOTE DU PROJET

Formé à la méthodologie du design social, le chef d'établissement était positionné en **facilitateur de l'organisation et garant du cadre réglementaire**. Le choix de ne pas faire appel à un accompagnement extérieur répondait aussi à l'enjeu de **réappropriation locale du projet**.

● PLACE ET INFLUENCE DES PARTICIPANTS

Ce projet était très largement inclusif et proposait la participation :

- > **Des professionnels** (55 ETP)
- > **Des Résidents/familles**
- > **Des habitants**, notamment par le biais du tissu associatif local
- > **Les élus locaux**

Dans le cadre d'un projet très opérationnel, le déménagement de l'EHPAD, les volontaires étaient appelés à faire part de leurs **compétences et disponibilités**.

Modalités de participation

ÉTAPES DU PROJET

Déménagement participatif de l'EHPAD

- > La reconstruction du bâtiment était prévue et connue du territoire mais perçue comme un projet de l'EHPAD et non projet collectif.
- > Réunions d'information sur le projet.
- > Sollicitation des associations locales (club de Rugby, club de football, comité des fêtes...).
- > Planification du déménagement et réunions d'organisation.
- > Association des familles pour accompagner les résidents le jour du déménagement
- > Le soir du déménagement : **dîner collectif** organisé pour remercier l'ensemble des participants. Ce projet était le point de départ d'une démarche de société inclusive permettant d'introduire le concept de « dementia friendly community ».

DURÉE

Le projet comportait deux phases :

- > Accompagner le déménagement des résidents : 1 jour
- > Vider l'ancien bâtiment : l'opération, initialement prévue sur une semaine s'est finalement condensée sur 1 jour.

QUI PARTICIPE ?

MODALITÉS DE CHOIX

- > Professionnels : au choix, selon les sujets. Pas d'obligation de responsabilisation.
- > Toutes personnes âgées repérées comme étant en début de perte d'autonomie sont invitées à participer, dans l'idée de créer un accompagnement avant l'entrée en EHPAD.

Adéquation de la démarche

CONDITIONS DE RÉUSSITE

- > Implication personnelle forte, ancrage dans le territoire : beaucoup de temps passé à créer du lien avec les acteurs du territoire, à coordonner leurs implications. Il s'agit d'une démarche de long terme.
- > Lieu de vie : vivre sur le territoire aussi pour le directeur

AVANTAGES

- > La démarche dynamique territoriale lancée dans un esprit d'ouverture, est progressivement alimentée par les acteurs du territoire. Elle participe d'une approche citoyenne pour remettre l'EHPAD au service du public.
- > Dynamique favorise un engagement des professionnels et le sens du travail.

INCONVÉNIENTS

Difficultés rencontrées et points de vigilance :

- > **Projet holistique** : attention à l'équilibre vie privée/vie pro des professionnels les plus engagés.
- > Ce projet permet de créer un fort sentiment d'engagement à l'organisation. Il est le préalable à une définition partagée de ce qu'est un travail de qualité permettant d'interroger le travail réel et développer les meilleures pratiques. Il est indissociable d'une démarche de QVT centrée sur le travail

EXPÉRIENCE 2

La démarche du Centre hospitalier Valenciennes

● PRÉSENTATION DE LA DÉMARCHÉ :

Le Centre hospitalier de Valenciennes a engagé une importante politique de délégation de gestion aux pôles depuis leur création. Il en résulte une implication forte des responsables médicaux dans le pilotage des pôles et de leurs projets ainsi, plus largement, que dans la mise en œuvre de la stratégie de l'établissement.

Dans ce contexte, à l'occasion de la réécriture du projet d'établissement, le choix a été de mettre l'accent sur le décloisonnement et le travail en transversalité. L'enjeu est de déterminer collectivement une stratégie globale, ensuite déclinée par les pôles sur le plan opérationnel au travers des contrats et des projets de pôle.

Ce travail d'élaboration et son aboutissement sont devenus un roman « Le choix heureux d'une vie, un roman d'anticipation au cœur du CHV », à disposition de l'ensemble de la communauté hospitalière, dans les mots de Christine Desrousseaux.

● RÉFÉRENT : Marie-Chantal GUILLAUME, coordonnatrice générale des soins

NATURE DU PROJET

ÉLABORATION DU PROJET D'ÉTABLISSEMENT 2018 – 2023

Quelle ambition pour le CH de Valenciennes ?

COMPÉTENCES, CONCEPTS ET RÉFÉRENCES MOBILISÉS

Pas de concept spécifique identifié mais **une méthode projet structurée** en interne par la Direction de la stratégie, un chef de pôle ayant une expérience dans le conseil et un praticien hospitalier formé au coaching, autour de trois temps forts :

- > **Une enquête préalable sur les valeurs des professionnels du CHV** afin d'informer un séminaire de lancement avec les trinômes de pôles et les directions,
- > **Une phase exploratoire en groupes de travail** ayant pour but de donner des bases à la rédaction, en COPIL restreint, du projet d'établissement,
- > **Une phase d'officialisation** comprenant d'abord une réunion de restitution et de pré-validation avec les groupes de travail, puis une validation officielle dans les instances de l'établissement.

Les membres (personnel médical, responsables médicaux, cadres soignants, administratifs, logistiques et techniques) **ont choisi leur groupe en fonction de leur appétence**.

Animation des groupes de travail :

- > **3 réunions par groupe** + réunion de restitution du projet
- > Périodicité d'**une réunion par mois**
- > **Outils de pilotage** des groupes de travail harmonisés
- > **Modalités d'organisation des temps de travail** laissées au choix des pilotes (ateliers en sous-groupe, travail bibliographique...)

Les douze thématiques des groupes de travail étaient à parts égales médico-scientifiques (parcours de soins, évolution de l'ambulatoire...) et plus transversales (architecture, management...).

Outils utilisés :

- > **Tableau ANAP** de suivi de projets

Choix de ne pas recourir à un cabinet extérieur

Le pilotage du projet était assuré par un COPIL présidé par le DG et le PCME et composé des DGA, VPCME, représentants de la Commission stratégie et projet de la CME, représentants de la conférence des chefs de pôle.

Le pilotage des 6 sous-groupes à thématiques médicales :

- > Un médecin chef de service ou de pôle
- > Un cadre supérieur de santé
- > Un directeur
- > Un cadre administratif

- > **Top management** : travail collégial d'élaboration de la carte stratégique et des thématiques de travail
- > **Encadrement intermédiaire** : propositions opérationnelles dans le cadre des groupes de travail
- > **Ensemble des agents** : enquête initiale d'identification des valeurs puis volontariat pour les groupes de travail

Modalités de participation

Le calendrier était ambitieux (rédaction et validation du projet sur l'année scolaire 2017-2018) mais prévoyait **3 réunions par groupe de travail** et la réunion d'un comité de pilotage, chargé de la coordination et de la cohérence des travaux, entre chaque session des groupes de travail.

- > **Enquête sur les valeurs professionnelles** auprès de l'ensemble des professionnels : 16 valeurs identifiées
- > **Séminaire de lancement** réunissant les trinômes de pôle et les directions pour analyser les besoins du territoire de demain et les attentes des professionnels à partir de bilans, d'indicateurs et de l'enquête : établissement de la carte stratégique et des thématiques de travail.
- > **Installation du Comité de pilotage** et tenue des groupes de travail
 - 3 ateliers (2h-3h) par thématique, rythme d'une fois par mois
 - 3 synthèses intermédiaires via COPIL
 - Proposition d'axes et d'éléments stratégiques pour rédaction du projet d'établissement
- > **Rédaction du projet d'établissement** par les pilotes du projet (PCME et direction de stratégie) validé par le COPIL et présentation aux groupes de travail
- > **Présentation aux instances de l'établissement**
- > **Présentation à la communauté hospitalière** et publication roman et dédicace
- > **Séminaire de clôture**

MODALITÉS DE CHOIX

La stratégie d'élaboration du projet d'établissement a été identifiée par le top management de l'établissement, c'est-à-dire les trinômes de pôle et les directions. En revanche, le CH de Valenciennes a ouvert ses groupes de travail à l'ensemble de la communauté médicale (organisation d'une CME ouverte) et cadres administratifs, soignants, logistiques et techniques. Les 12 groupes de travail réunissaient 45 membres chacun, choisis sur la base de candidatures volontaires.

○ Adéquation de la démarche

○ CONDITIONS DE RÉUSSITE

- > **Temps mobilisé** : quasi-mi-temps sur le projet pour pilotes du projet et investissement des pilotes de groupe de travail.

○ AVANTAGES

- > **Dynamique créée dans l'établissement** : les gens se sont sentis impliqués, échanges très riches.
- > **Émergence de nouvelles thématiques communes** : intelligence artificielle, enseignement, nouveaux métiers.
- > **Nouvelle façon de réfléchir l'encadrement**, plus en transversalité.

○ INCONVÉNIENTS

DIFFICULTÉS RENCONTRÉES :

- > **Enjeu de mise en cohérence des travaux de groupe**, certains thèmes se recoupant (refonte des thématiques).
- > **Importance des temps de synthèse en COPIL** entre les sessions de chaque groupe.

○ Spécificités et points forts de la démarche



○ ANALYSE FHF

Le caractère participatif très construit de cette démarche est particulièrement appréciable dans les points suivants :

- > **Structuration claire** de la démarche et de ses étapes.
- > Le fait que **l'ensemble des personnels ait été consulté** au départ de la démarche par un questionnaire sur ses valeurs favorise l'engagement.
- > **L'ouverture des groupes de travail à tous les métiers**, ainsi que la possibilité pour l'encadrement de proximité d'animer ces groupes, témoigne d'une volonté de reconnaître les agents en fonction de leur motivation et de leurs compétences plutôt que par leur seul grade ou statut professionnel.
- > Le fait que **la validation auprès des groupes ait été organisée avant la présentation en instances** envoie un signal symbolique fort. La reconnaissance du travail effectuée et la gratitude exprimée par l'établissement créent un cercle vertueux de la participation grâce au sentiment d'utilité sociale retiré par les professionnels.



EXPÉRIENCE 3

La démarche du C.H.U. de Clermont-Ferrand

● PRÉSENTATION DE LA DÉMARCHE :

Les démarches collaboratives relèvent d'un travail collectif sur un problème à résoudre. Elles impliquent une co-construction de la stratégie et de l'action ainsi que d'une auto-évaluation par les participants. Tout acteur est considéré comme un collaborateur potentiel : l'enjeu principal d'une telle démarche est de rationaliser et opérationnaliser une participation maximale.

NATURE DU PROJET



MISE À JOUR DU PROJET SOCIAL

La Direction, ayant identifié un fort enjeu de refonte du collectif et d'amélioration de la QVT, a choisi de faire de la réécriture du projet social un travail collectif.

COMPÉTENCES, CONCEPTS ET RÉFÉRENCES MOBILISÉS



Principes des « sciences citoyennes » : supposer aux acteurs de terrain **un savoir sur la gestion et l'organisation de leur travail**. Réflexivité de l'action. Empowerment des acteurs.

Méthodologie sociologique de recueil qualitatif de données et d'analyse thématique du matériel (entretiens, journaux de bord lors d'immersions).

PILOTE DU PROJET



- > **Le pilote** du projet est une chercheuse.
- > **Positionnement de chargée de mission** pour un an, rattachée à la DRH.
- > **Relations hiérarchiques** avec le DRH et le DG, relations fonctionnelles avec le reste de l'équipe de direction.

PLACE ET INFLUENCE DES PARTICIPANTS SUR LA DÉMARCHE

- > **Co-définition itérative** (par boucles) du problème puis des solutions avec les acteurs : les participants partagent leurs positions lors de groupes thématiques, d'entretiens individuels et en réponse à un appel à idées interne. Ces éléments sont structurés et formalisés en propositions concrètes que les participants sont invités à valider. Ils constituent donc une instance de vérification du travail de la chercheuse.

Démarche hypothético-déductive : les hypothèses proposées à partir des premiers matériels recueillis (entretiens et observations) sont confirmées et infirmées par la suite du recueil. **À toutes les étapes, les participants sont impliqués** de façon à ce que le projet repose en majeure partie voire en totalité sur leurs apports.

ÉTAPES DU PROJET

Recueil qualitatif de données :

- > **Entretiens préliminaires semi-dirigés** avec les personnels de direction et responsables de directions fonctionnelles clés (DRH, DAM, DSI).
- > **Entretiens avec le management des pôles** (PM et PNM) pour définition de terrains de recueil.
- > **Entretiens de groupe ou observations** et entretiens informels dans les services soignants, techniques, logistiques ou administratifs volontaires.

Groupes thématiques pluriprofessionnels sur 5 séances réunis par appel à volontaires co-signé DRH/DAM/DSI. Discussion des projets portés par les agents, et révision d'une première architecture de document proposée par la chercheuse comme base de travail. Toutes les actions évoquées dans le document proviennent des données recueillies par entretiens avec les acteurs de terrain.

Création d'une boîte à idées numérique. Formulaire anonyme à la disposition des agents sur l'intranet afin de faire participer les agents non-impliqués dans les deux premiers modules.

QUI PARTICIPE ?

MODALITÉS DE CHOIX

L'ensemble des instances de l'établissement ont été consultées : CODIR, CME, CTE, CHSCT et réunions par corps professionnels (cadres, cadres supérieurs).

Utilisation de l'effet boule de neige : à chaque échelon (directions, pôles, services), demande de recommandations : « qui faudrait-il maintenant rencontrer pour poursuivre la démarche ? ». Participation toujours libre et volontaire.



○ Adéquation de la démarche

○ CONDITIONS DE RÉUSSITE

- > Nécessite toutefois un contexte de fort engagement de la direction ou a minima de coopération active.

○ AVANTAGES

- Résultats valides sur le long terme :
- > **Légitimité du processus**, des résultats de recherche et des actions entreprises.

○ INCONVÉNIENTS

DIFFICULTÉS RENCONTRÉES ET POINTS DE VIGILANCE :

- > **Difficulté à motiver des acteurs non-informés au préalable sur le projet**, voire réticence des agents à l'idée de la liberté de parole impliquée par une démarche collaborative.

○ Spécificités et points forts de la démarche



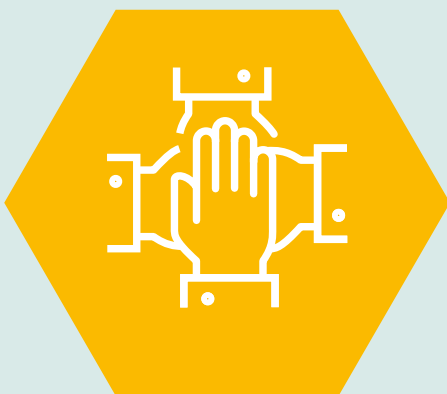
○ ANALYSE FHF

La richesse de la méthodologie de participation de cette démarche est particulièrement appréciable dans les points suivants :

- > La démarche initialement choisie de type recherche-action participative ou citoyenne, dans laquelle tout le projet est conçu, rédigé et validé par les participants, s'avère fastidieuse et chronophage dans des établissements à grande échelle comme des C.H.U., il serait donc préférable d'être dans une approche « collaborative », dans laquelle le pilote a un rôle de formalisation et structuration des éléments recueillis.
- > Cette démarche de co-construction semble adéquate dans le cas de projet concernant l'ensemble des communautés professionnelles d'un même établissement, telle l'écriture d'un projet social.
- > Il faut prévoir suffisamment de temps pour la préparation et l'explication de la démarche et porter une attention particulière à la communication institutionnelle autour d'un tel projet. Dans le cas présent, la démarche doit s'étaler sur un an minimum.

6

○ *Les démarches collaboratives*



Ce guide synthétise sous le nom de « démarche collaborative » les aspects de processus de « recherche-action participative » et de « recherche-action collaborative » dont les managers en santé (cadres de proximité, responsables médicaux, équipes de direction) peuvent se saisir et s'inspirer pour élaborer, dans leur service, leur pôle ou leur établissement, une démarche qui maximise la participation des personnels. ◆

APPLICATION :

Mettre en œuvre une démarche participative de type collaboratif

○ Principes

Une démarche participative collaborative repose sur un partage maximal de la responsabilité des acteurs à toutes les étapes du processus⁽³⁵⁾, autrement dit dans :

- 1 - l'identification du problème,
- 2 - l'établissement du plan d'actions (correspondant au choix de la méthode),
- 3 - la mise en place du processus de recherche-action et l'analyse des données récoltées,
- 4 - l'utilisation des résultats de recherche et leur partage à une communauté plus large,

- 5 - l'évaluation des effets du processus et des changements implémentés.

Il ne s'agit pas simplement d'impliquer les acteurs de terrain, mais bien de leur donner les moyens d'être acteurs et non sujets de la démarche, ainsi que le montrent tant la démarche adoptée par le service de radiologie du CH de Riom que l'écriture du projet managérial du CHU de Grenoble. Le tiers intervenant, quand l'institution fait le choix d'y recourir, partage les situations de la vie courante des acteurs de terrain⁽³⁶⁾ : il les expérimente en tant qu'appartenant au groupe avec lequel il travaille.

○ Dans quel cas avoir recours à ce type de démarche ?

Ce type de démarche promeut l'apprentissage partagé par l'action conduite en commun : grâce à l'autonomie qui leur est donnée, le processus restaure la confiance que les acteurs ont en leurs capacités. Sa dimension cyclique (double-loop learning), rappelant les travaux sur la méthode agile⁽³⁷⁾, est inhérente à la recherche-action telle que définie par Kurt Lewin.

L'esprit de co-construction de la recherche participative collaborative répond particulièrement aux attentes des groupes de travail et des projets visant une cohésion d'équipe par la création d'un collectif.

Ce type de démarche se construit dans le temps : la réflexion, l'écriture et l'auto-évaluation sont collectives. Elle peut être difficile à mettre en œuvre dans un collectif trop large dans lequel la participation de très nombreux acteurs, chronophage, peut conduire à un essoufflement.

○ Posture de l'intervenant et degré de participation des acteurs de terrain

Dans une démarche participative, il est préférable d'éviter de désigner un chercheur/intervenant clairement identifié au profit d'un chercheur collectif incarné par le groupe dans son ensemble.

Toutefois, du fait des enjeux de durée et d'organisation des établissements hospitaliers ou médicosociaux, nous présenterons un modèle de démarche de type recherche action collaborative qui laisse tout de même la possibilité à un tiers d'être associé afin de garantir la cohésion méthodologique.

L'accord préalable et la libre participation des personnes concernées est indispensable au choix de cette méthode, et ce avant le lancement de la démarche, puisqu'ils sont à la fois co-sujets et co-chercheurs^(38,39).

Identification du problème et précision de la commande

Dans la démarche participative collaborative, le problème à résoudre est énoncé par le groupe concerné ; c'est ce même groupe qui sera chargé de l'analyser et de le résoudre. De nombreuses initiatives portées directement par les services de soin correspondent à cette description : un service peut collectivement

décider de s'atteler à un projet qu'il juge nécessaire de mener. La demande vient alors du groupe dans son entier : si le cadre peut la faciliter, il est impliqué au même titre que ses collègues et non en tant que coordonnateur.

Choix de la méthode et mise en place du projet

Idéalement, les acteurs devraient pouvoir être parties prenantes de l'élaboration de la méthode une fois que l'établissement a opté pour une démarche participative de type collaboratif. En pratique, cela n'est pas toujours possible. Toutefois, les principes fondateurs de ce type de démarche requièrent, pour conserver son sens, de recueillir l'accord des participants afin qu'ils puissent avoir une influence sur la façon les données qui les concernent seront utilisées. Il convient ainsi de concevoir en amont un dispositif de présentation de la démarche aux acteurs, destiné à obtenir leur consentement. Il faudra y inclure la possibilité d'amender et corriger le design de la recherche-action afin d'obtenir ce consentement.

La mise en place de la démarche doit prévoir que la question initialement posée ne soit pas nécessairement l'exacte formulation du problème et puisse être redéfinie. Ce caractère exploratoire, qui peut apparaître comme un obstacle, voire un échec, est en réalité l'un des moyens les plus efficaces pour obtenir une reformulation plus juste des préoccupations du groupe concerné.

La place du tiers associé à la démarche

C'est principalement l'intensité et la régularité de la participation des personnes concernées qui fonde la distinction entre les démarches coopératives et les démarches collaboratives. Dans une démarche collaborative, le tiers associé n'est plus en position d'expertise vis-à-vis de la méthode : l'ensemble du groupe de recherche doit avoir été informé du déroulement du processus, mais plus encore, on attend de ce groupe qu'au fur et à mesure du processus il se forme lui-même à ce qu'est la recherche-action.

Par « tiers associé », nous entendons la ou les personnes auxquelles l'organisation peut choisir d'avoir recours pour accompagner la démarche. Lorsque le choix est fait d'intégrer des tiers, ceux-ci doivent être des participants engagés eux aussi dans le processus de l'action ; ils se distinguent par une place de facilitateur des échanges, mais ne doivent

pas être ressentis par les autres membres du groupe comme étant extérieurs. Le tiers associé doit, dans son travail, être guidé par les intérêts du groupe auquel il est intégré et partager leurs valeurs. Cette position peut éventuellement être tenue par un chercheur, mais puisqu'il doit faire intégralement partie du groupe qu'il accompagne, il est nécessaire de réfléchir en amont aux modalités de collaboration (embauche, convention...) : dans une démarche collaborative, le tiers associé est en réalité un participant possédant des compétences de recherche.

La position du tiers associé doit avoir été discutée en amont. Au cours du processus, celui-ci, indépendamment de sa position dans l'échelle hiérarchique, doit bénéficier de suffisamment de transversalité pour mener sa mission à bien. Il sera nécessairement « instrumentalisé », autrement dit utilisé comme outil du bon déroulement du processus. Ceci signifie qu'il ne peut être attendu du tiers associé qu'il soit un relai des intérêts d'un corps professionnel ou d'un groupe social en particulier dans le processus.

○ Bénéfices et points de vigilance

L'intérêt des institutions publiques pour les approches participatives du changement apparaît d'autant plus important que ces administrations sont parfois perçues comme des bureaucraties centralisatrices et peu enclines à l'innovation sociale⁽⁴⁰⁾. Son caractère émancipatoire pour les participants est aujourd'hui plébiscité, de même que sa nature éminemment démocratique

Il n'est toutefois pas toujours évident, dans le contexte d'un établissement public, de mener une démarche collaborative en respectant l'idée d'une initiation et une conduite par les acteurs concernés de chaque étape du processus. En effet, l'une des difficultés particulières rencontrées par ces démarches participatives est d'arriver à ce que les membres du groupe concerné par l'action maintiennent leur investissement au long cours. ●

○ LE MOT DU CHERCHEUR

La démarche collaborative, une adaptation de la « recherche-action participative » (RAP)

Historiquement, la recherche-action « participative » est la branche la plus engagée politiquement, qui s'est consacrée en premier lieu à des communautés marginales, minoritaires ou précaires. Le principe même de la démarche vise à leur conférer à nouveau du pouvoir, par opposition à leur situation initiale dans laquelle ces groupes en sont dépourvus : la RAP doit donc examiner le problème qu'elle se donne à travers les perspectives et expériences vécues des personnes les plus affectées par le phénomène qu'elle tente d'étudier^(21,41). Cette méthode n'est pas nouvelle en tant que telle, car l'utilisation de la réflexion collective pour répondre à un problème donné est déjà pratiquée par les acteurs de terrain⁽⁴²⁾ ;

c'est en revanche la valorisation des savoirs des personnes concernées qui mérite que l'on s'y intéresse.

La RAP croise recherche, éducation et action^(43,44) – l'éducation étant ici entendue comme une formation à la recherche de type learning by doing. Le changement attendu par ce type de méthode n'est pas tant organisationnel que politique et social – même s'il peut amener les parties prenantes à adopter de nouvelles organisations pour faire entendre leurs voix –, et doit être un but explicite du groupe se lançant dans la démarche. Il s'agit tout autant de modifier des représentations individuelles que d'opérer un changement d'état d'esprit collectif⁽³⁵⁾.

Le pouvoir des acteurs tient donc au contrôle qu'exerce le groupe sur la méthode elle-même, qui permet de s'assurer que la connaissance générée vient de leur expérience de terrain et répond à leurs besoins perçus, et le contrôle contextuel, concernant les modalités d'application de ces connaissances au terrain.

La recherche-action participative peut donc être mobilisée par des disciplines variées et utiliser de nombreux outils (enquêtes de terrain, documentaires, théâtre, ateliers participatifs...)^[43] dépendant de ce que privilégiera le groupe de personnes concernées. Malgré sa connotation politique historique, son caractère émancipatoire est aujourd'hui plébiscité jusque dans les recherches sur le bien-être des consommateurs^[45].

○ Épistémologie et construction du savoir

Une méthode conçue pour et par des acteurs de terrains émancipés

La recherche-action participative fait partie des méthodologies que l'on dit « ancrées »^[46] : elles génèrent des connaissances directement à partir du terrain, adaptées aux intérêts et à la culture locale^[45], ce que certains chercheurs ont pu nommer du « savoir vivant »^[36]. Les données recueillies sont de nature qualitative plutôt que quantitative, car le but est de décrire la réalité du point de vue des acteurs plutôt que de mesurer un aspect objectif de cette même réalité. La recherche-action participative s'appuie donc sur une épistémologie constructiviste : c'est ce qui lui permet de postuler que le changement se fait par la conviction et l'adhésion à une démarche commune, et ainsi de proposer un paradigme où le changement doit être souhaité et produit de l'intérieur du groupe concerné.

Dans les démarches de type recherche-intervention (voir Partie 1), l'instrument ou l'outil est le principal facteur de changement. Dans

une démarche de recherche participative, la réflexion collective est au centre du processus^[39]. L'amélioration de la situation du groupe visé par la recherche-action participative vient de la réflexivité des acteurs qui vivent une même situation. C'est la combinaison des points de vue qui génère non pas une réalité objective, mais une réalité partagée, entre personnes dont les statuts et degrés de pouvoir sur la situation peuvent varier.

La place spécifique du tiers associé, nécessairement membre du groupe

Lorsqu'un tiers associé, chercheur ou auditeur, est présent afin de jouer le rôle de catalyseur du processus, l'accent doit être mis sur le partage équitable du contrôle^[2,47] et la transparence tant du processus que des motivations de l'intervenant. Ainsi, si le chercheur impliqué peut prendre une position de meneur au cours de la phase d'analyse des données, il est acquis que le groupe de personnes concernées sera aux commandes de l'implémentation des stratégies élaborées au cours de la recherche-action. La position éthique adoptée est celle de la réciprocité, d'une recherche constante d'égalité entre le chercheur et les acteurs de terrain^[48]. Le tiers n'est qu'un des membres du « chercheur-collectif » qu'incarne le groupe et son action doit avant tout faciliter la participation à la recherche^[49].

La dimension politique de la recherche action participative rend difficile sa déclinaison opérationnelle dans le contexte d'un établissement hospitalier ou médicosocial public. Les conseils méthodologiques d'application de ce chapitre relèvent donc plutôt de la recherche-action collaborative, aux racines épistémologiques communes avec la recherche-action participative, mais plus adaptée dans sa mise en œuvre au contexte d'une institution publique. ●

EXPÉRIENCE 1

La démarche du service radiologie du Centre hospitalier de Riom

◆ PRÉSENTATION DE LA DÉMARCHÉ :

Projet managérial du service de radiologie du CH de Riom. Démarche fondée sur la qualité du service rendu aux patients, l'autonomie des professionnels, la valorisation de la compétence collective

◆ RÉFÉRENT :

Paul Cotier, Cadre supérieur du pôle médico-technique du CH de Riom (radio - laboratoire - pharmacie - brancardage - chambre mortuaire) et du pôle inter établissement d'imagerie radio (Riom, Clermont, Issoire).

● NATURE DU PROJET

PROJET DE SERVICE MANAGÉRIAL AUTOUR DE LA QUALITÉ DU SERVICE RENDU

Objectif de compétence collective en matière de qualité et de production. Chaque manipulateur radio membre de l'équipe est référent sur un secteur qualité et production. Le rôle de référent ayant été défini collectivement.

Secteurs tournants (redéfinis tous les 5 à 7ans) afin de répondre à l'enjeu de compétence collective.

Équipe pluridisciplinaire : 13 manipulateurs radio polyvalents, 4 secrétaires, 6 brancardiers, 2ASH.

● COMPÉTENCES, CONCEPTS ET RÉFÉRENCES MOBILISÉS

Compétences particulières du cadre du service :

- > Ingénierie de formation, pédagogie
- > Réflexion organisationnelle
- > DU management
- > Formation managériale en binôme avec le chef de service

Concepts utilisés :

- > Empowerment
- > Performance
- > Roue Deming, amélioration continue

● PILOTE DE PROJET ET SON POSITIONNEMENT

Le projet managérial repose d'abord sur un engagement du cadre de proximité, qui bénéficie d'une légitimité métier et d'une expérience professionnelle importante, d'une légitimité institutionnelle et d'un appui/relais en la personne du chef de service.

Les membres de l'équipe sont associés :

- > **À la définition des rôles des référents.**
- > **À l'assemblée générale du service** qui permet à chacun de faire annuellement un bilan à l'équipe et à l'encadrement et de proposer des pistes d'amélioration.
- > **Au fonctionnement quotidien du service** au travers de leur rôle de référent.

Modalités de participation

Durée de la mise en œuvre de la démarche : un à deux ans.

Éléments préalables :

- > **Construction réflexion** (1995 – 1998).
- > **Polyvalence technique** de l'ensemble des membres de l'équipe de manipulateurs.

Étapes de mise en œuvre :

- > **Arrivée d'un nouveau chef de service** et formation managériale du binôme cadre – chef de service.
- > **Partage de la charte managériale du service**, construite autour de 3 valeurs qui se traduisent en des engagements opérationnels de l'encadrement.
- > **Humanisme** : respect des personnels et considération.
- > **Solidarité** : esprit d'équipe et coopération.
- > **Engagement** : éthique associative et exemplarité.

Cette charte est évolutive et peut être l'objet de propositions de modification par les membres du service.

- > **Élaboration des profils de poste et des grilles de compétences**, sur lesquels s'appuient les entretiens d'évaluation annuel. Ceux-ci sont l'occasion de fixer des objectifs quantitatifs et qualitatifs adaptés aux profils de postes et référents de secteurs.
- > **Mise en place des secteurs et définition du rôle des référents** qui animent les éventuels groupes de travail sur la thématique qui leur est confiée. Exemple - secteurs production/organisation : plannings
- > **Mise en place de l'assemblée de service annuelle** : présentation d'un bilan de chaque secteur par son référent, propositions d'évolution éventuelle.

Les membres de la direction et le chef de service sont conviés à ce temps annuel d'échange.

MODALITÉS DE CHOIX

- > Tous les membres de l'équipe de manipulateurs radio sont référents, dimension inscrite dans la fiche de poste et présentée au recrutement.
- > Les groupes organisationnels intègrent tous les métiers.

○ Adéquation de la démarche

○ AVANTAGES

- > Points d'appui.
- > Épanouissement fonction de cadre.
- > Autonomie des agents.
- > Innovation, amélioration continue.
- > Levier managérial.
- > Implication du responsable médical, qui connaît et valorise la démarche.
- > Démarche solide et inscrite dans le temps.

○ INCONVÉNIENTS

DIFFICULTÉS RENCONTRÉES :

- > **Démarche de service**, non généralisée à l'établissement, pas toujours reconnue par l'ensemble de l'encadrement.
- > **Résistance au changement**.
- > **Implication de la direction** : participation aux assemblées variable selon les équipes de direction, manque de continuité.

○ Spécificités et points forts de la démarche



○ ANALYSE FHF

La dimension mobilisatrice de cette démarche est particulièrement appréciable dans les points suivants :

- > **Démarche construite sur le temps long**, participation ancrée dans le quotidien de l'équipe.
- > **Valorisation et responsabilisation des professionnels** dans leur fonction de référent.
- > **Ouverture des groupes de travail** à tous les métiers lorsque cela est possible (hors des champs techniques liés à la compétence en radiologie).
- > **Valorisation de la fonction du cadre du service** dans un positionnement de soutien à l'équipe et aux professionnels.

EXPÉRIENCE 2

La démarche du Centre hospitalier universitaire Grenoble

● PRÉSENTATION DE LA DÉMARCHÉ :

Dans un contexte difficile, le CHU de Grenoble a fait le choix de lancer une démarche d'élaboration d'un projet managérial à l'instigation d'une nouvelle Direction Générale, de la CME et, en association, avec les représentants du personnel. Le projet d'établissement actuel court jusqu'en 2020. Le projet managérial lui sera donc adjoint à la suite d'une présentation aux instances de l'établissement.

Ce projet managérial porte une ambition large qui vient réinterroger l'ensemble du vivre ensemble de la communauté hospitalière grenobloise. C'est pour y associer le plus grand nombre, tout en respectant les fonctions institutionnelles, que la méthode d'élaboration choisie repose sur de multiples voies d'expression et de contribution.

● RÉFÉRENTS : Directeur Général Adjoint et Vice-Présidente de la CME

● NATURE DU PROJET

Le projet managérial doit se traduire par **l'adoption d'une charte managériale et de gouvernance.**

Ce projet très large aborde notamment :

- > **Le fonctionnement des pôles** et de leurs lieux de dialogue interne, le rôle des chefs de pôle et les trios de pôle.
- > **La fonction managériale** des responsables médicaux.
- > **L'enjeu de la formation au management**, en lien avec l'école de management de Grenoble.
- > **L'évaluation professionnelle individuelle.**
- > **Travail sur les mots** : réunions.
- > **Les enjeux des relations** entre les professionnels médicaux et les équipes paramédicales, au travers la question de la synchronisation des temps.
- > **La gestion des conflits** avec la mise en place d'un protocole formalisé, et la nomination de médiateurs internes et externes.

● PILOTE DE PROJET ET SON POSITIONNEMENT

- > Le choix a été fait d'un **pilotage au plus haut niveau de l'institution**, le Directeur Général Adjoint et le Dr Marie-Noëlle Hilleret, Vice-Président de la CME, étant les porteurs du projet.
- > Les représentants du personnel siégeant en instance, la médecine du travail et les facultés de médecine et de pharmacie ont également été **étroitement associées au pilotage.**
- > Le choix de **ne pas faire appel à une intervention extérieure** résulte d'une décision de la communauté hospitalière, dans une logique de se recentrer après une intervention mal vécue lors de la crise.
- > Le projet fera l'objet d'un **vote en instance.**

PLACE ET INFLUENCE DES PARTICIPANTS SUR LA DÉMARCHE

- > **Place et influence des participants** sur la démarche.
- > **Les acteurs ont un rôle très large**, à la fois d'identification des enjeux, de proposition de la méthode de construction du projet et de contribution directe au contenu.
- > **L'élaboration de la Charte de management et de gouvernance** est une priorité institutionnelle.

Modalités de participation

ÉTAPES DU PROJET

- > **Lancement et structuration** de la démarche.
- > **Point de suivi du plan d'actions** mis en place précédemment qui posait des fondements structurels (création de la Commission QVT de la CME, dispositif d'alerte RPS, projet de baromètre social).
- > **Temps de concertation** (au moins une table ronde organisée par pôle).
- > **Temps de circulation d'information**, d'écoute, d'échanges.
- > **Identification des sujets exprimés** comme prioritaires.
- > **Temps d'élaboration** de la Charte et du projet managérial.
- > **Contributions possibles** par mail.
- > **Présentation du projet** aux équipes et retour attendus.
- > **Choix de faire un document accessible** au format « ludique ».
- > **Projet et charte managériale** soumis au vote des instances à l'automne.

En parallèle, lancement d'une démarche de formation pour répondre aux premiers enjeux identifiés comme prioritaires :

- > **Entretien de progression.**
- > **Binôme** chef et cadre de service.
- > **Organisation** et conduite de réunion.
- > **Médiation.**
- > **Structuration** de « points d'information » en proximité.

MODALITÉS DE CHOIX

Plusieurs modalités de participation et d'association de la communauté hospitalière ont été proposés :

- > **Table-rondes ouvertes à tous sans sujet prédéfini** : l'enjeu était ici de libérer la parole et de recréer des lieux d'expression libre, en lien direct avec la Direction. Les DG et DGA ayant saisi ces lieux pour entendre les attentes des professionnels mais aussi pour présenter la démarche en cours.
- > **Charte managériale** : le document proposé a été mis en ligne pour être accessible à un large groupe d'élaboration comprenant notamment les membres de la Commission QVT de la CME, encadrement supérieur, représentants du personnel.
- > **Au sein des pôles** : choix de redonner des marges de manœuvre en proximité via les pôles incité à construire des projets participatifs grâce à un budget dédié à l'investissement, y compris en matière de qualité de vie au travail. Ces projets doivent associer l'ensemble des métiers du pôle, selon les spécificités de chacun.

QUI PARTICIPE ?

○ Adéquation de la démarche

○ AVANTAGES

- > **Forte implication** de la communauté médicale, notamment à la place laissée à une forte minorité agissante, très active, qui a su mobiliser ses pairs.
- > **Forte identification** de la communauté hospitalière au projet et à la Charte

○ INCONVÉNIENTS

DIFFICULTÉS RENCONTRÉES :

- > **Temps mobilisé** : il faut prendre du temps, acceptation de décaler le calendrier liée à l'acceptation globale du projet.
- > Taille du CHU dans une démarche cherchant à associer le plus grand nombre. Le « aller vers » est beaucoup efficace que la simple mise à disposition d'outils de participation mais demande **plus de temps et d'implication de l'encadrement**, y compris supérieur.

○ Spécificités et points forts de la démarche

○ ANALYSE FHF

Le caractère très fortement participatif de cette démarche est particulièrement appréciable dans les points suivants :

- > **Périmètre du projet ouvert** : possibilité pour les acteurs de proposer des sujets non identifiés initialement.
- > **Large association de la communauté hospitalière** via la sollicitation des acteurs institutionnels (CME, CTE et CHSCT, pôles) et la possibilité d'autres professionnels d'être associés via les tables rondes ouvertes.
- > **Démarche de moyen terme** où l'enjeu de reconstruction du « vivre ensemble » transparait autant dans l'objet que dans la forme de la démarche.



BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE

- > 1. FHF. *Qualité de vie au travail. Les actions à partager, les engagements attendus*. Paris; 2018
- > 2. Lazarus S, Duran B, Caldwell L, Bulbulia S. Public Health Research and Action : *Reflections on challenges and possibilities of community-based participatory research*. In: *Public Health - Social and Behavioural Health*. 2012. p. 309-24
- > 3. ARACT, ANACT. *Évaluation des démarches de prévention des risques psychosociaux dans dix établissements publics de santé. Rapport de synthèse*. 2018
- > 4. Gonzalez-Laporte C. *Recherche-action participative, collaborative, intervention... Quelles explicitations ?* 2014
- > 5. Allard-Poesi F, Perret V. *La Recherche-Action*. In: *Conduire un projet de recherche, une perspective qualitative*. Caen: EMS; 2003. p. 85-132
- > 6. Bonny Y. *Les recherches partenariales participatives : Éléments d'analyse et de typologie*. In: *Recherches partenariales et collaboratives*. Presses Universitaires de Rennes; 2017. p. 25-44
- > 7. Schmitt C, Lepage B. *Pratiques managériales et représentations de la complexité : présentation d'une recherche ingénierique dans le domaine de l'investissement industriel*. *Rev des Sci Gest*. 2003;⁽¹⁹⁹⁾:73-87
- > 8. Morana J. *Le paradigme pragmatique : une réponse aux problématiques de pilotage par les processus*. *Rev Dir Gest*. 2003;⁽²⁰¹⁻²⁰²⁾:73-81
- > 9. Cleci M, Nithiana F. *Vicissitudes et défis d'un travail de recherche-intervention*. *Bull Psychol*. 2015;⁽⁵³⁶⁾:143-52
- > 10. Giordano Y, Jolibert A. *Spécifier l'objet de la recherche*. In: *Méthodologie de la recherche Réussir son mémoire ou sa thèse en sciences de gestion* [Internet]. Pearson Education; 2012. p. 47-86
- > 11. Krief N, Zardet V. *Analyse de données qualitatives et recherche-intervention*. *Rech en Sci Gest*. 2013;⁽⁹⁵⁾:211-37
- > 12. Vinot D. *L'accompagnement à la recherche dans le cadre des recherches-interventions en sciences de gestion*. *Proj / Projéctica / Proj*. 2011;⁽⁸⁻⁹⁾:185-97
- > 13. Paillé P. *Pour une méthodologie de la complexité en éducation : le cas d'une recherche-action-formation*. *Rev Can l'éducation*. 1994;⁽⁹⁾:215-30
- > 14. Detchessahar M, Gentil S, Grevin A, Stimec A. *Le design de la recherche-intervention en management : réflexions méthodologiques à partir d'une intervention dans une clinique*. In: *XVIIème Congrès de l'AGRH2*. 2012. p. 1-15
- > 15. Lesca H, Martinet A. *Vers une ingénierie de la recherche en sciences de gestion*. 2015
- > 16. Barbant J-C. *Ingénierie dans le champ social. Quels modèles d'expertise ?* *Vie Soc*. 2011;⁽¹⁾:41-59
- > 17. Chanal V, Lesca H, Martinet A-C. *Recherche ingénierique et connaissances procédurales en sciences de gestion : réflexions épistémologiques et méthodologiques*. *Rev Française Gest*. 1997;⁽¹¹⁶⁾:41-51
- > 18. David A. *La recherche-intervention, un cadre général pour les sciences de gestion ?* In: *IX^e Conférence Internationale de Management Stratégique*. 2000. p. 1-22
- > 19. Mesny A, Lavoisier CM. *La collaboration entre chercheurs et praticiens en gestion*. 2010
- > 20. Felix P, Merminod N, Defelix C. *L'approche coopérative en sciences de gestion. Comment la mettre en oeuvre, la valider et la légitimer ? Une recherche sur un pôle de compétitivité*. *Rev Int psychosociologie*. 2009;⁽³⁵⁾:141-60
- > 21. Bel B. *Approche participative, approche coopérative*. 2008
- > 22. Souchard N, Bonny Y. *La recherche-action coopérative, une voie contributive aux productions de la société civile ?* In: *Chercheur.e.s et acteur.e.s de la participation : Liaisons dangereuses et relations fructueuses*. 2015. p. 1-15
- > 23. Allard-Poesi F, Perret V. *La construction collective du problème dans la recherche-action : difficultés, ressorts et enjeux*. *Financ Contrôle Strat*. 2010
- > 24. Morrissette J. *Recherche-action et recherche collaborative : quel rapport aux savoirs et à la production de savoirs ?* *Rech Particip*. 2013;⁽²⁾:35-49

- > 25. Labbé S, Courtois L. *Nécessités, bénéfices et difficultés de la coopération chercheur(s)-acteur(s) en Recherche-Action. La Rech en Educ Rev l'Association Francoph Int Rech Sci en Educ.* 2017;⁽¹⁷⁾:27–48
- > 26. Lloyd M. *Culture Shift-Carer Empowerment and Co-operative Inquiry.* J Psychiatr Ment Health Nurs. 2005;12:187–91
- > 27. Bonny Y. *Les recherches partenariales participatives : ce que chercher veut dire.* In: *Les recherches-actions collaboratives. Une révolution de la connaissance.* Rennes: Presses de l'EHESP; 2015. p. 36–43
- > 28. Reason P, Riley S. Co-operative inquiry. *An action research practice.* In: *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Methods.* London: SAGE Publications; 2008. p. 207–34
- > 29. Traeger J, Norgate C. *A safe place to stay sharp : action learning meets cooperative inquiry in the service of NHS OD capacity building.* Action Learn Res Pract. 2016;12⁽²⁾:197–207
- > 30. Reason P. *Cooperative inquiry.* Curric Inq. 1996;26⁽¹⁾:81–7
- > 31. Callon M. *Éléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc.* L'année Sociol. 1986;⁽³⁶⁾:169–208
- > 32. Heron J, Reason P. *The practice of co-operative inquiry: research “with” rather than “on” people.* In: Reason P, Bradbury H, editors. *Handbook of Action Research; Participative inquiry and practice.* London: SAGE Publications; 2001. p. 179–88
- > 33. Banks S, Armstrong A, Booth M, Brown G, Carter K, Clarkson M, et al. *Using co-inquiry to study co-inquiry : community-university perspectives on research.* J Community Engagem Scholarsh. 2014;7⁽¹⁾:37–47
- > 34. Bion W. *Recherches sur les petits groupes.* Paris: Presses universitaires de France; 1999
- > 35. McTaggart R. *Principles for participatory action research.* Adult Educ Q. 1991;41⁽³⁾:168–87
- > 36. Swantz M. *A personal position paper on participatory research : personal quest for living knowledge.* Qual Inq. 1996;2⁽¹⁾:120–36
- > 37. Hoda R, Noble J, Marshall S. *Developing a grounded theory to explain the practices of self-organizing Agile teams.* Empir Softw Eng. 2012;17⁽⁶⁾:609–39
- > 38. Breu K, Hemingway C. *Researcher – Practitioner Partnering in Industry-Funded Participatory Action Research.* Syst Pract Action Res. 2005;18⁽⁵⁾:437–54
- > 39. Heron J, Reason P. *A participatory inquiry paradigm.* Qual Inq. 1997;3⁽³⁾:274–94
- > 40. Thompson J. *Participatory Approaches in Government Bureaucracies : Facilitating the Process of Institutional Change.* World Dev. 1995;23⁽⁹⁾:1521–54
- > 41. Cockburn L, Trentham B. *Participatory action research: Integrating community occupational therapy practice and research.* Rev Can d'ergothérapie. 2002;20–30
- > 42. Park P. *The discovery of participatory research as a new scientific paradigm : personal and intellectual accounts.* Am Sociol. 1992;(Winter):29–42
- > 43. Hall BL. *From margins to center ? The development and purpose of participatory research.* Am Sociol. 1992;26⁽¹⁾:15–28
- > 44. Paz Morales M. *Participatory Action Research (PAR) cum Action Research (AR) in Teacher Professional Development : A Literature Review.* Int J Res Educ Sci. 2016;2⁽¹⁾:156–65
- > 45. Ozanne JL, Saatcioglu B. *Participatory Action Research.* J Consum Res. 2008;35⁽³⁾:423–39
- > 46. Reza H. *Participatory action research (PAR) : revisiting the history, concept and ethics.* BRAC University J. 2007;IV⁽²⁾:27–34
- > 47. Dickson G, Green KL. *The external researcher in participatory action research.* Educ Action Res. 2001;9⁽²⁾:243–60
- > 48. Maiter S, Simich L, Jacobson N, Wise J. *Reciprocity: An ethic for community-based participatory action research.* Action Res. 2008;6⁽³⁾:305–25
- > 49. Greenwood D, Foote Whyte W, Harkavy I. *Participatory action research as a process and as a goal.* Hum Relations. 1993;46⁽²⁾:175–92



FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

1 bis rue Cabanis • 75993 Paris cedex 14 • T. +33 [0]1 44 06 84 44
fhf@fhf.fr • www.fhf.fr

